FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1908-1909 N° 25

DE LA

TUBERCULOSE ULCEREUSE

ET PERFORANTE

DU VOILE DU PALAIS

(Etude clinique et thérapeutique)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 12 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE DIPLÔME DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Mention « Médecine »

PAR

Chr. STOYANOVA, Véra

Née le 6 Août 1879, à Tirnovo (Bulgarie)

Examinateurs de la Thèse :

MM.	GROSS	professeur . .	*Président.*
	HAUSHALTER	professeur . .	*Juges.*
	JACQUES	agrégé	*Juges.*
	RICHON	agrégé	*Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

—

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1908-1909 N° 25

DE LA

TUBERCULOSE ULCEREUSE

ET PERFORANTE

DU VOILE DU PALAIS

(Etude clinique et thérapeutique)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 12 Juillet 1909

POUR OBTENIR LE DIPLÔME DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Mention « Médecine »

ACAD. NANCY BAT. BIBL.

PAR

Chr. STOYANOVA Véra

Née le 6 Août 1879, à Tirnovo (Bulgarie)

Examinateurs de la Thèse :

MM.	GROSS	professeur . .	*Président*
	HAUSHALTER	professeur . .	*Juges.*
	JACQUES	agrégé	
	RICHON	agrégé . . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1909

UNIVERSITÉ DE NANCY. FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ⓘ.
Assesseur : M. BERNHEIM, ✻, I ⓘ.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ⓘ ; NICOLAS, I ⓘ ; PRENANT, I ⓘ

Professeurs : MM.

Clinique médicale	BERNHEIM, ✻, I ⓘ.
Clinique chirurgicale	GROSS, O ✻, I ⓘ.
Physique médicale	CHARPENTIER, ✻, I ⓘ.
Médecine opératoire	CHRÉTIEN, I ⓘ.
Clinique chirurgicale	WEISS, ✻, I ⓘ.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⓘ.
Clinique médicale	SPILLMANN, I ⓘ.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ⓘ.
Hygiène	MACÉ, I ⓘ.
Thérapeutique et Matière médicale.	SCHMITT, I ⓘ.
Physiologie	MEYER, I ⓘ.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	SIMON, I ⓘ.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⓘ.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⓘ.
Medecine légale	PARISOT, I ⓘ.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, I ⓘ.
Histologie	BOUIN, I ⓘ.
Anatomie descriptive	ANCEL, A ⓘ.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'électrothérapie (1)	GUILLOZ, I ⓘ.
Pathologie externe	VAUTRIN, I ⓘ.

Chargés de Cours : MM.

Clinique des maladies des vieillards.	ETIENNE, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, A ⓘ, agrégé.
Accouchements	SCHUHL, I ⓘ, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1)	FRŒLICH, I ⓘ, id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	JACQUES, I ⓘ, id.
Clinique des voies urinaires (1)	ANDRÉ, I ⓘ, id.
Anatomie pathologique	HOCHE, I ⓘ, agrégé.
Clinique des maladies mentales	PARIS, A ⓘ.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, I ⓘ.	MM. RICHON, A ⓘ.	MM. DUFOUR, A ⓘ.
L. SPILLMANN, A ⓘ.	G. GROSS, A ⓘ.	SENCERT, A ⓘ.
MICHEL, A ⓘ.	FRUHINSHOLZ, A ⓘ.	ROBERT, A ⓘ
HOCHE, I ⓘ.	COLLIN, A ⓘ.	

Agrégés libres

MM. REMY, A ⓘ, FÉVRIER, ✻, I ⓘ, ETIENNE, I ⓘ,
ZILGIEN, A ⓘ, FRŒLICH, I ⓘ, SCHUHL, I ⓘ, JACQUES, I ⓘ, ANDRÉ, I ⓘ.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚷, I ⓘ, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA SŒUR MAGDALINA

A MES FRÈRES THÉODORE ET CHRISTO

A MONSIEUR LE DOCTEUR PASCALEFF

MÉDECIN EN CHEF DE L'HÔPITAL A LOM

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JACQUES

INTRODUCTION

L'idée première de ce travail inaugural nous a été suggérée par M. le Professeur agrégé JACQUES dont nous fréquentons la clinique depuis trois ans. Là, nous avons pu observer à maintes reprises des ulcérations et des perforations bucco-pharyngées, et nous avons été frappée des difficultés que présente souvent leur diagnostic étiologique. A lire, en effet, les descriptions que donnent de ces lésions les manuels classiques, il semblerait que leur simple inspection, l'examen de l'état général du sujet qui en est porteur, doivent à coup sûr en indiquer la nature. Mais dans la pratique combien sont rares les cas typiques !

Et d'autre part, si l'on veut baser son diagnostic sur l'état général du sujet, bien souvent on rencontrera des individus qui nient tout antécédent syphilitique, ou qui ne présentent que des signes douteux de tuberculose, ou encore ce seront des malades à la fois manifestement entachés de syphilis et de tuberculose. Aussi, dans l'espoir de faire œuvre utile, nous sommes-nous effor-

cée d'exposer aussi fidèlement que nous l'avons pu, l'enseignement clinique que nous avons reçu de notre maître, M. le Professeur agrégé Jacques.

Nous avons aussi été témoin d'améliorations rapides, de guérisons notoires et persistantes qui survenaient chez les sujets atteints d'ulcérations et de perforations de nature tuberculeuse, sous l'influence du traitement iodique. Ces faits sur lesquels M. le Professeur agrégé Jacques a déjà appelé l'attention, ont été dûment constatés, et cependant leur authenticité a été contestée ; tout au moins a-t-on essayé d'expliquer ces heureux résultats en invoquant des erreurs de diagnostic, et en considérant comme étant de nature syphilitique les ulcérations et les perforations tuberculeuses guéries sous l'influence des iodures.

Il est vrai que l'iodure de potassium a été employé dans le traitement des lésions du tertiarisme, mais il ne s'ensuit pas de là, qu'on doive ranger parmi les affections syphilitiques toute lésion améliorée par les iodures.

Nous pensons en effet que l'iode peut agir sur les lésions bucco-pharyngées d'origine bacillaire aussi bien que sur celles qui sont d'origine actinomycosique ou sporotrichosique. Ayant été à même d'observer un certain nombre de malades, présentant des ulcérations plus ou moins torpides de la cavité bucco-pharyngée, nous avons tenté de mettre au point cette question si intéressante.

Tout en donnant une vue d'ensemble des ulcérations tuberculeuses du pharynx, nous avons apporté un certain nombre d'observations inédites et essayé de mettre

en relief certains points, concernant le diagnostic différentiel de ces lésions et surtout leur traitement.

Nous avons suivi dans notre travail l'ordre suivant : après avoir retracé l'historique de la question, nous en avons signalé l'étiologie et la pathogénie ; le troisième chapitre a été consacré à la symptomatologie des ulcérations et des perforations bucco-pharyngées dues au bacille de Koch ; dans un quatrième, nous avons passé en revue les différents points du diagnostic différentiel avec la syphilis, les affections mycosiques, les ulcérations diphtéritiques, typhoïdiques, la stomatite ulcéro-membraneuse, les tumeurs malignes et enfin le mal perforant buccal.

Enfin, après quelques indications touchant le pronostic de ces lésions, nous en avons étudié le traitement. Nous avons groupé à la fin de cette étude un certain nombre d'observations recueillies à la clinique d'oto-rhino-laryngologie.

Mais avant d'entrer dans le détail du sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à tous nos maîtres de la Faculté l'expression de notre vive reconnaissance pour le précieux enseignement qu'ils nous ont prodigué pendant nos années d'étude.

M. le Professeur Gross a fait notre éducation chirurgicale. Il nous fait aujourd'hui l'honneur d'accepter la présidence de ce travail inaugural, aussi est-ce pour nous un devoir bien agréable que de lui adresser tous nos remerciements en même temps que de rendre hommage aux soins assidus dont il entoure ses malades comme au haut enseignement qu'il donne à ses élèves.

C'est un bonheur aussi pour nous de pouvoir exprimer à M. le professeur agrégé JACQUES notre profonde reconnaissance pour l'accueil si bienveillant que nous avons trouvé dans son service. C'est sous la direction de ce maître distingué que nous nous sommes formée à l'étude et à la pratique de l'oto-rhino-laryngologie ; et nous conserverons toujours présentes à la mémoire ses savantes leçons, aussi remarquables par leurs qualités pratiques que par leur admirable précision scientifique. Nous le prions d'agréer ici l'expression de notre respect et de notre très sincère gratitude.

Nous adresserons des remerciements particuliers à M. le Professeur HAUSHALTER, auprès de qui nous avons appris l'art si difficile de reconnaître et de traiter les maladies des enfants ; c'est toujours avec fruit que nous avons entendu ses leçons à la fois claires et pratiques.

Par la même occasion nous tenons à manifester toute notre reconnaissance à M. le Professeur agrégé RICHON qui a bien voulu examiner ce travail et faire partie de notre jury de thèse, ainsi qu'à M. le professeur agrégé FRŒLICH, dont les cliniques si pleines d'intérêt, nous ont été bien profitables.

M. le Docteur DURAND nous a prodigué les conseils pendant toute la durée de notre passage à la clinique d'oto-rhino-laryngologie : nous n'oublierons jamais combien furent grandes son affabilité et sa complaisance.

Enfin, M. le Docteur GAUTHIER nous a rendu plusieurs services ; ainsi nous devons à son obligeance deux observations inédites, recueillies dans le service

de M. le Professeur agrégé Jacques, pour lesquelles nous le remercions bien vivement.

Remerciements à nos camarades d'études, MM. Florentin et Doyen qui nous ont assistée de leur talent d'habiles dessinateurs pour la reproduction de nos planches.

Nous n'oublierons pas non plus M. Legris, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous assurer son précieux concours.

Et avant de quitter ce pays hospitalier, nous adresserons une pensée émue à la Faculté de médecine, à l'Hôpital tout entier, où nous avons travaillé tant d'années sous l'autorité de maîtres éminents, tant par leur érudition et leurs travaux que par cette habileté professionnelle qui les distingue en France, et apporte au pays la célébrité, et le respect des nations plus ou moins éloignées.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les premières observations d'ulcérations de la bouche et de la gorge au cours de la tuberculose pulmonaire remontent à la fin du XVIII[e] siècle. MORGAGNI [1761] (1), BAUMÈS [1768] (2) et BAYLE [1810] (3) sont les premiers qui aient signalé ces lésions au cours de la phtisie, mais sans en spécifier la vraie nature.

C'est à RICORD (1858) que revient l'honneur d'avoir nettement différencié la syphilis buccale de ces lésions tuberculeuses de la bouche. Ses idées et ses observations furent publiées par BUZENET [1858] (4) dans sa thèse : « Du chancre de la bouche, son diagnostic différentiel. »

(1) MORGAGNI. — De sedibus et causis morborum, épist. XIX.
(2) BAUMES. — Traité de la phtisie pulmonaire, Paris 1768.
(3) BAYLE. — Recherches sur la phtisie pulmonaire, Paris 1810.
(4) BUZENET. — Thèse de Paris, 1858.

Quelques années plus tard (1865), la thèse de Julliard (1) venait corroborer sur ce point les idées de Ricord et donnait une description assez nette des caractères tuberculeux de l'ulcère.

Pourtant les points jaunâtres disséminés à la périphérie de l'ulcération et considérés comme pathognomoniques de la tuberculose buccale, ont été signalés et décrits par Trélat 1870 (2). Le premier, il montra, en outre, que la tuberculose bucco-pharyngée pouvait être primitive, indépendante de toute localisation viscérale antérieure, pulmonaire ou autre.

Dans une communication à la Société médicale des hôpitaux (1875), Isambert (3) expose un cas de granulie aiguë pharyngo-laryngée, et l'année suivante un cas de tuberculisation du voile du palais dans lequel la luette attaquée par sa base avait été détachée peu à peu de ses insertions et avait fini par tomber.

Laveran [1876] (4) publie un cas de tuberculose miliaire aiguë ulcérée de la voûte palatine et Vallin, la même année, présentait à la Société médicale des Hôpitaux une observation analogue avec pièces anatomiques à l'appui. Ce sont les deux premières observations de perforation de la voûte palatine que l'on retrouve dans la littérature médicale. Aussi deux ans plus tard, M. le Professeur Spillmann dans sa thèse d'agrégation a-t-il pu écrire que la voûte palatine est généralement indemne de toute lésion bacillaire.

---

(1) Julliard. — Thèse de Paris 1863.
(2) Trélat. — Archives générales de médecine, t. I, p. 36, 1870.
(3) Isambert. — Bulletin de la Soc. méd. des Hôp., 1875, 1876.
(4) Laveran. — Société médicale des Hôpitaux, 1876.

Cependant vers la même époque Gélade [1878] (1) avait signalé plusieurs exemples de ces lésions palatines, et Quenu (2) avait publié une observation d'ulcération de la muqueuse palatine, suivie de perforation de la voûte.

Ducrot [1879] (3) publie plusieurs cas de guérison de ces ulcérations tuberculeuses, et note que cette guérison survient dans des cas de tuberculose bucco-pharyngée primitive. L'année suivante, Barth (4) décrit dans tous ses détails l'anatomie pathologique des lésions de la tuberculose du pharynx.

Dans les cliniques de Peter (1880), nous trouvons plusieurs observations de tuberculose buccale. Suivant les idées d'alors, il considère les localisations à la voûte comme exceptionnelles. Mais en 1881, Kussner en Allemagne réagit contre cette erreur en montrant la fréquence de ces lésions, et il indique le nitrate d'argent comme un moyen de traitement efficace.

En 1883, Dujardin-Baumetz publie dans le *Bulletin de la Société des hôpitaux* un travail dans lequel il signale des ulcérations tuberculeuses de la voûte palatine et des arcades. L'année suivante, Sevestre publie dans le même organe, un cas typique de tuberculose du voile du palais chez un tuberculeux au début.

Entre temps la découverte du bacille de Koch avait facilité le diagnostic des lésions tuberculeuses, et en 1884, V. Uchermann signale à Christiania la présence du bacille de Koch dans un cas de tuberculose du voile du

(1) Gélade. — Thèse de Paris, 1878.
(2) Quenu. — Bull. de la Soc. clinique, 1878.
(3) Ducrot. — Thèse de Paris, 1879.
(4) Barth. — Thèse de Paris, 1880.

palais. Quatre ans plus tard (1888), le même auteur publiait un cas analogue.

La thèse d'Hermantier (1886) sur les ulcérations tuberculeuses de la voûte palatine considère l'iodoforme et la teinture d'iode comme les meilleurs agents thérapeutiques jusqu'alors connus.

Dans un travail lu au VIII[e] congrès de la Société de laryngologie d'Amérique, Bryson-Delavan (1886) vante comme un bon moyen de traitement l'emploi de l'acide lactique. Vers la même époque *The Lancet* publie une observation d'ulcération tuberculeuse du voile du palais due à Clutton.

En 1887 paraissent successivement la thèse de Bruneau sur les ulcérations tuberculeuses de la bouche, puis un article de Reclus dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* où il cite deux observations de tuberculose buccale sans perforation.

En 1888 paraît à Odessa une thèse due à Scheferowitch sur la tuberculose de la cavité buccale, où il cite une quinzaine d'observations ; les lésions siégeaient sur le voile ou les amygdales.

Roth (1889) signale à la Société impériale des médecins de Vienne deux cas de tuberculose du voile du palais survenus au cours d'une tuberculose pulmonaire ou laryngée, et, quatre ans plus tard, Obraszoff publie deux cas de tuberculose de la voûte palatine, accompagnant des lésions de la peau de même nature.

En 1893, nous trouvons, rapporté dans la *Presse médicale* sous la signature de Talamon, un cas de tuberculose aiguë avec perforation du voile du palais. La même

année Keller, présente à la Société Berlinoise de Dermatologie un cas de tuberculose du voile du palais.

En 1895, le Docteur Valter de Charlottenburg publie un cas intéressant d'ulcère tuberculeux du palais suivi de perforation faisant communiquer la cavité buccale avec l'antre d'Highmore. En 1895 encore, Semon présente à la Société de laryngologie de Londres un cas d'ulcération tuberculeuse du voile, de la luette, de l'amygdale et du larynx.

La thèse d'Auguy (1896) sur la tuberculose linguale donne deux observations où cette affection est accompagnée d'ulcérations palatines. (Observations de Michelson et Charlier de Bruxelles).

En 1897, Pluder montrait à l'Association des médecins de Hambourg une petite fille de quatre ans, atteinte de tuberculose pulmonaire et présentant une ulcération de la paroi postérieure du pharynx, qui s'étendait jusqu'au pilier postérieur du voile et à la luette. D'autres lésions de même nature se voyaient sur la voûte palatine et à l'entrée du nez : mais il s'agissait là, d'après l'auteur, d'un lupus plutôt que d'une tuberculose secondaire des muqueuses. La même année, S. Bernheim recueille à l'hôpital Laënnec une observation de perforation de la voûte palatine. (Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, 1898-1899).

En 1898, une observation, due à Jobson Horne, est lue à la Société de laryngologie de Londres. Il s'agit d'un homme de 21 ans chez qui la tuberculose a débuté au larynx pour s'étendre au pharynx, à l'amygdale et au voile du palais. L'acide lactique a été peu efficace.

Du Castel (1898) présente à la Société médicale des

hôpitaux un cas de perforation du voile d'origine tuberculeuse.

Dans la quatrième leçon des cliniques de l'Hôtel-Dieu de M. Dieulafoy (1899), nous trouvons deux cas de perforation tuberculeuse du voile du palais, deux cas de perforation de la voûte et un exposé assez complet des éléments de diagnostic différentiel avec les lésions d'origine syphilitique.

Dans un travail communiqué à la Société française de laryngologie, la même année, par Grossard, on relève encore deux observations de perforation tuberculeuse du voile du palais. La première se fit au cours d'une tuberculose pulmonaire avérée, la seconde se montra chez un sujet qui présentait des phénomènes suspects du côté des poumons.

A une séance de la Société de laryngologie de Londres, Dundas Grant (1899) rapporte un cas d'ulcération tuberculeuse du pharynx et de la lèvre supérieure. La lésion occupait la moitié gauche de la luette, du palais, l'amygdale et le pilier antérieur du même côté ; enfin, le malade présentait en même temps des lésions tuberculeuses des poumons. Cette même année encore, Barbier présentait à la Société médicale des Hôpitaux une observation sur la tuberculose de la gorge avec perforation du voile du palais.

En 1900, sous l'inspiration de M. le Dr Caussade, Grocler soutient une thèse sur « la perforation tuberculeuse du palais ». Il présente huit observations empruntées à différents auteurs que nous avons déjà cités au cours de cet historique et il donne comme conclusions à son travail que : « 1° la perforation est un acci-

« dent rare dans le cours de la tuberculose palatine ; « 2° il y a une tuberculose pulmonaire concomitante « dans six cas sur huit ; 3° la perforation est toujours « accompagnée d'ulcérations tuberculeuses du palais, « des lèvres, des gencives, de la langue, des amygdales « ou du pharynx. Les signes pathognomoniques de ces « lésions sont la présence des points jaunes de Trélat « et l'existence des bacilles de Koch ; 4° le diagnostic « doit surtout être fait avec la syphilis et le mal perfo- « rant buccal ; 5° Le pronostic n'est pas fatal, tant que « la lésion reste locale ; 6° Le traitement doit avant tout « être général ; comme topique on peut employer l'acide « lactique au 1 10e, la solution de Ziehl, l'acide chro- « mique, la teinture d'iode ou la cautérisation ignée ».

D'autre part, en 1901, deux auteurs anglais signalent la cœxistence, dans la bouche de deux sujets, de manifestations ulcéreuses d'aspect syphilitique pour les uns et d'apparence bacillaire pour les autres. Collin publie dans *The Lancet* l'observation d'une femme atteinte d'une ulcération phagédénique de la lèvre supérieure qui, malgré un traitement mercuriel intensif, continua de s'étendre et se compliqua d'ulcération du palais ; cette maladie, réfractaire au traitement mercuriel, s'est améliorée rapidement par l'iodure de potassium. De son côté, Dundas Grant présente un cas de perforation spécifique du palais et d'ulcération du larynx d'apparence tuberculeuse. Il se demande s'il ne s'agit pas là d'un cas mixte de syphilis et de tuberculose (Séance du 12 avril 1901).

Enfin la même année, les *Annales des maladies de l'oreille*, rapportent l'observation due à Weil, d'un

enfant atteint d'ulcérations tuberculeuses de la bouche, du pharynx et du larynx, s'étendant jusqu'au voile du palais, ulcérations qui guérirent par des pulvérisations d'antipyrine.

En 1904, M. Dufays, assistant à la clinique de laryngologie de l'Université de Nancy, soutint une intéressante thèse sur « la tuberculose ulcéreuse chronique du pharynx », à laquelle nous avons eu l'occasion de faire de nombreux emprunts.

En 1905, Martin publie un cas d'ulcère perforant non syphilitique du voile du palais (*Revist. Barcelon. enferm. del oïdo*, etc..., n° 1). Quelques mois plus tard, Bobone de San Remo rapporte l'observation d'un cas grave de tuberculose de l'amygdale palatine, des piliers, de la luette, du pharynx et du cavum naso-pharyngien guéri rapidement et définitivement par le bleu de méthylène. L'examen microscopique des débris de muqueuse fit constater le bacille de Koch.

En 1906, Clayton Fox présente à la Société laryngologique de Londres, un cas de tuberculose du palais, du pharynx et de l'épiglotte.

Cette même année, M. le Professeur agrégé Jacques publiait dans la *Province médicale* un article, basé sur cinq observations personnelles, concernant l'efficacité du traitement ioduré dans les scrofulides ulcéreuses bucco-pharyngées.

Un an plus tard, K. Grünberg, à la clinique de Kœrner, à Rostock, après avoir essayé ce mode de traitement, conclut que l'usage interne de l'I K influence très heureusement et guérit souvent la tuberculose primitive des voies aériennes supérieures.

En 1906, dans la *Quinzaine thérapeutique*, le Dr Etievant publie un article intitulé « la tuberculose vélo-palatine », en décrivant les trois formes cliniques de la tuberculose palatine : 1° tuberculose miliaire aiguë du pharynx ; 2° lupus, et 3° ulcération tuberculeuse, celle-ci étant une forme intermédiaire aux deux précédentes par sa gravité. Il rapporte une observation typique d'ulcération tuberculeuse du voile avec petite perforation accompagnée de très vagues lésions des sommets. L'examen bactériologique des mucosités prélevées au niveau des points jaunes fut positif. Plus tard le voile s'étant cicatrisé, il apparut un lupus de l'épiglotte et de l'orifice supérieur du larynx. L'auteur recommande dans ces cas comme traitement local le curettage de la lésion ulcéreuse suivi d'attouchements à l'acide lactique.

En 1907, à la Société d'oto-rhynologie de Saint-Pétersbourg, le Professeur V. Okuneff, expose l'observation d'un malade atteint de tuberculose du voile du palais.

Enfin en mai 1908, au Congrès de la Société française de laryngologie à Paris, M. le Professeur agrégé Jacques a exposé avec détails ses idées sur la tuberculose de la muqueuse buccale et son traitement par l'iode à l'intérieur.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

e rela-
la tu-
se vélo-
e.

La tuberculose vélo-palatine se rencontre plus fréquemment qu'on ne l'avait supposé tout d'abord. Si l'on veut bien la chercher, on la trouvera assez souvent et surtout parmi les malades échoués dans les différents services des hôpitaux, les uns traités comme syphilitiques tertiaires, les autres comme tuberculeux pulmonaires.

Parmi les malades traités comme spécifiques, les uns guérissent assez lentement, si c'est le traitement mixte qui est employé ; les autres ne s'améliorent pas, bien au contraire leur mal empire de plus en plus, jusqu'à ce que la tuberculose s'étende aux poumons ou aux autres viscères et enlève le malade dans un court espace de temps ; chez d'autres enfin, après une légère amélioration, l'aspect des ulcérations restera stationnaire, la guérison ne se produit pas.

Bien plus fréquents sont les cas notés dans la clien-

tèle des spécialistes. Il faut savoir distinguer ces affections tuberculeuses du palais des autres affections syphilitiques, ce qui est souvent très difficile. Aussi, que de difficultés à se prononcer en face d'une lésion qui n'est pas nettement tuberculeuse, comme chez les hybrides, où la syphilis et la tuberculose unissent leurs symptômes. L'aspect des lésions déroutera facilement le médecin. Ces malades, traités comme syphilitiques, montrent au début une amélioration franche qui, après un certain temps, s'arrêtera C'est alors qu'il est utile d'employer l'IK à haute dose pour obtenir ou hâter la guérison complète. Il nous est permis de supposer que plus d'un malade atteint de tuberculose palatine avec un état général relativement bon, a été traité comme syphilitique et guéri sans qu'on se soit douté de la vraie nature de l'affection.

Quoi qu'il en soit, nous avons cherché à déterminer le nombre de malades porteurs de lésions bacillaires bucco-pharyngées, qui se sont présentés à la Clinique d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital de Nancy depuis 1905 jusqu'à 1908 inclus. Au cours de ces quatre dernières années, 8.770 malades ont été traités, parmi lesquels 2.608 pour des affections de la bouche ou du pharynx. Or, nous avons pu relever 15 lésions bacillaires vélo-palatines.

En faisant le pourcentage de ces chiffres, nous arrivons aux résultats suivants : le nombre des lésions bacillaires vélo-palatines se trouve, par rapport à l'ensemble des malades qui ont défilé à la Clinique, dans la proportion de 1,71 p. 1.000 et de 5,75 sur 1.000 si l'on n'envisage que les lésions de la cavité bucco-pharyngée.

D'autres auteurs ont apporté des chiffres plus élevés, mais nous n'avons pu déterminer sur quel nombre d'années ou de malades portaient leurs recherches. C'est ainsi que nous trouvons dans les cliniques de Peter (1880) un relevé de 43 observations de tuberculose buccale, dont 21 cas affectent la langue, 17 le voile du palais, 5 les lèvres.

La statistique de Bryson-Delavan, de New-York, en 1886, donne 108 cas de tuberculose buccale, dont 8 cas concernant le voile du palais.

Hermantier réunit 48 observations de tuberculose bucco-pharyngée ; 8 cas de tuberculose de la voûte palatine.

Bruneau, dans sa thèse : *« Ulcérations tuberculeuses de la bouche »*, sur 52 observations recueillies par lui, trouve 12 fois le voile du palais atteint, soit isolément, soit concomitamment avec d'autres parties de la muqueuse buccale.

Leloir découvre en 1891, dans l'espace de sept ans, 109 cas de lupus des muqueuses en général, et 33 fois la muqueuse palatine est atteinte.

Le Dr R. Beausoleil, aide de clinique chez M. le professeur Moure, de Bordeaux, donne la statistique suivante dans la *Revue* de 1893 : Sur 1857 malades examinés à la clinique pendant 1891-1892, on a constaté six cas d'ulcérations tuberculeuses du voile et du pharynx.

Dans un mémoire de 1889, Scheffebowitch indique 87 cas de tuberculose buccale, sur lesquels 15 fois le voile ou les amygdales étaient atteints par les ulcérations.

Dans la *Revue générale* de 1896, le docteur R. Lévy écrit que les parties du pharynx le plus fréquemment atteintes de tuberculose sont le voile du palais et la face antérieure des piliers. Les amygdales venaient par ordre de fréquence immédiatement après.

Les manifestations bacillaires de la muqueuse vélo-palatine se rencontrent chez deux catégories de malades : 1° les uns sont des phtisiques avérés, profondément intoxiqués par le virus tuberculeux, et généralement atteints de tuberculose pulmonaire avancée. Les lésions tuberculeuses vélo-palatine présentent une marche rapide ; l'affection est aiguë diffuse, c'est une tuberculose miliaire ulcéreuse. Ces malades, au point de vue thérapeutique, n'offrent pas un grand intérêt pour nous, étant donné les profondes altérations viscérales inaccessibles à nos moyens d'action.

2° La seconde catégorie de malades présente des lésions tuberculeuses chroniques de la muqueuse palatine à marche lente, à localisation limitée, qu'on appelle encore des scrofulides ulcéreuses torpides, éveillant peu de réaction, tant générale que locale. Le lupus ulcéreux de ces muqueuses peut être pris comme type. Ces malades sont des infectés par le bacille de Koch, mais non des cachectiques ; ils ont un état général relativement bon, ne se plaignant que de leur mal buccal. Le plus souvent ce sont des tuberculeux pulmonaires latents. C'est de ces malades que nous nous occuperons dans notre travail ; chez eux, les lésions cèdent grâce à un traitement approprié. L'amélioration se produit à bref délai et la guérison suit avec un heureux amendement de l'état général.

Nous nous attacherons surtout dans cette étude aux formes profondes, perforant fréquemment le voile dans toute son épaisseur ou échancrant largement les arcs palatins et les piliers, en raison de l'intérêt diagnostique spécial qu'offrent ces lésions bacillaires relativement aux perforations syphilitiques du toit de la bouche.

Causes prédisposantes

Influence du sexe.

Quel est le sexe le plus fréquemment atteint ? Suivant Leloir, c'est le sexe féminin qui est le plus souvent touché. Or, nous avons remarqué que sur nos observations il y en a 11 se rapportant à des femmes et 4 concernant des hommes. Il semble donc que les lésions bacillaires des muqueuses bucco-pharyngées atteignent plus spécialement le sexe féminin.

Très rare chez les enfants au-dessous de quinze ans, la tuberculose palatine est l'apanage de l'âge adulte et se montre surtout entre 15 et 50 ans.

Causes déterminantes

Influence de l'âge.

La pathogénie de ces lésions bucco-pharyngées de nature bacillaire comporte deux questions à résoudre : 1° L'infection a-t-elle son point de départ en dehors de l'organisme et atteint-elle directement la muqueuse proprement dite (tuberculose primaire) ? Dans ce cas, le bacille amené dans la bouche avec les aliments infectés ou l'air respiré, s'est installé dans le chorion de la muqueuse.

Strauss (*Arch. de méd. expérim.*, 1894) a cherché à démontrer que le mucus naso-pharyngien d'individus parfaitement sains, ne présentant aucune altération locale ni aucun stigmate d'infection générale, pouvait néanmoins contenir des bacilles tuberculeux virulents. L'inoculation aux cobayes de sécrétions naso-pharyngiennes d'individus non suspects de tuberculose, mais vivant dans un milieu de bacillaires, fut positive dans 9 cas sur 29. Mais ces résultats furent démentis par Liaras dans sa thèse sur l'infection tuberculeuse par voie nasale (1899). Il dit n'avoir pas retrouvé le bacille de Koch virulant dans les fosses nasales de sujets vivant depuis longtemps dans un milieu hospitalier, ni même chez des sujets manifestement tuberculeux et atteints de coryza.

Quoi qu'il en soit, le bacille de Koch peut pénétrer directement dans la muqueuse bucco-pharyngée, et l'on a dit qu'une solution de continuité, une éraillure quelconque était nécessaire pour favoriser son implantation dans les tissus. Mais il se peut que le bacille séjournant sur la muqueuse soit entraîné jusque dans le chorion par voie lymphatique, et Dieulafoy, Oppenheimer, Cornil, ont constaté que les poussières contenues dans l'air inspiré et, avec elles, le bacille de Koch, s'arrêtaient volontiers au niveau des anfractuosités amygdaliennes, notamment sur l'amygdale pharyngienne.

L'infection par les aliments a paru à certains auteurs n'avoir qu'un rôle assez douteux.

2° Le bacille de Koch, charrié par le torrent circulatoire sanguin ou lymphatique, est-il déposé en un en-

droit de moindre résistance de la muqueuse buccale (tuberculose secondaire)?

« N'est-ce pas, souvent aussi, l'embolie vasculaire qui « apporta aux follicules lymphatiques les bacilles mi- « grateurs errant dans le torrent circulatoire, soit san- « guin, soit lymphatique?

« ... bien souvent, la manifestation regardée par « nous comme l'accident bacillaire primitif, n'est déja « qu'une seconde étape, plus ou moins tardive, la filiale « d'un foyer tuberculeux caséogène antécédent, encore « latent, sinon méconnu, et qui a poursuivi en silence « son œuvre de destruction. Tantôt ce sera au centre « d'un ganglion lymphatique du médiastin, de l'abdo- « men ou du cou, tantôt en plein parenchyme pulmo- « naire rénal ou surrénal, tantôt enfin dans l'intimité « profonde d'un segment du squelette osseux, qu'une « autopsie prochaine révelera la source du mal de- « meurée cachée pendant la vie ». (Letulle, *Presse médicale*, juin 1908).

Entre ces deux théories de l'inoculation exogene et de l'infection endogene par voie circulatoire, se place l'hypothèse ancienne de Louis sur la contamination indirecte de la muqueuse bucco-pharyngée préalablement excoriée, par des produits septiques émanés de cavernes pulmonaires.

Les amygdales peuvent jouer un rôle important dans la tuberculisation commencante. La pénétration du bacille de Koch dans les organes lymphoides peut s'effectuer d'une maniere pour ainsi dire physiologique. On sait qu'il n'est pas toujours besoin d'une solution de continuité de l'épithelium, d'une érosion ou d'une

plaie pour que le bacille traverse cette barrière. Les amygdales pharyngienne, tubaires et palatines, sont réunies par des travées de tissu adénoïde et forment ainsi un véritable cercle : l'anneau lymphatique, décrit par Waldeyer. Cet anneau part de l'amygdale pharyngienne, passe par l'embouchure de la trompe entourée d'un anneau de tissu folliculaire (amygdale tubaire de quelques auteurs), suit les cordons latéraux du pharynx, puis le bord postérieur du voile du palais, contourne ce pilier postérieur, gagne l'amygdale palatine et se termine à la base de la langue (amygdale linguale) pour regagner de là, par le côté opposé, l'amygdale pharyngienne. Or, cet anneau constitue, au même titre que l'amygdale palatine, un asile de choix pour le bacille tuberculeux (Strassmann, Lublinsky, Baumgarten). Cet anneau lymphatique peut apporter les bacilles jusqu'à la muqueuse et les fixer en un point de moindre résistance.

On supposait que les conduits excréteurs des glandes muqueuses, si nombreuses sur le palais, entourés d'un manchon de tissu lymphatique jouaient ici le rôle des lacunes amygdaliennes pour l'immigration des bacilles (Gubler, *Dictionnaire*).

Les végétations adénoïdiennes aussi peuvent être incriminées comme point de départ de l'affection.

Nous nous limitons à ce bref exposé de la question étiologique auquel nous n'avons aucune contribution personnelle à apporter, nous réservant de nous étendre sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement.

SYMPTOMATOLOGIE

Symptômes objectifs

Généralement, lorsque les malades se présentent à nous, ils ont déjà une destruction assez étendue de la muqueuse palatine, les ulcérations sont constituées donnant lieu à des signes fonctionnels plus ou moins marqués. C'est habituellement quand la déglutition devient tout à fait difficile, quand les douleurs sont intolérables, et quand l'alimentation régulière est entravée par la dysphagie douloureuse que les malades inquiets vont consulter le médecin.

Si nous les interrogeons sur le début du mal, quelques-uns disent avoir remarqué quelques petits points du volume d'une tête d'épingle, de coloration jaunâtre, qui se sont changés en petites ulcérations. Souvent, ils ne peuvent pas se rappeler et donner un renseignement exact sur le début de leur mal.

Grâce à l'existence simultanée de presque toutes les phases évolutives sur la surface d'une même muqueuse palatine, on peut se rendre compte assez exactement des étapes successives de l'évolution d'une ulcération assez étendue, compliquée parfois de perforations du voile du palais ou de la voûte palatine. A côté d'une ulcération de forme très irrégulière, occupant une étendue assez considérable de la muqueuse, on remarquera d'autres ulcérations plus petites, plus régulières ayant les dimensions d'une tête d'épingle, d'une lentille ou d'un pois.

La coloration de la muqueuse palatine restée saine est gris-rosé ; elle est loin d'être toujours pâle, ce qui

contraste avec la pâleur caractéristique observée par plusieurs auteurs dans la tuberculose des premières voies respiratoires. Cette pâleur correspondrait à une muqueuse très anémiée, ce qui s'explique facilement chez des malades atteints parfois de bacillose pulmonaire avancée, dont l'organisme est dans un état de cachexie prononcée, et chez lesquels l'hématopoïèse est entravée, donnant lieu à une anémie profonde de tous les organes et de toutes les muqueuses. Nos malades porteurs d'ulcérations et de perforations vélo-palatines ne sont pas si profondément intoxiqués par le virus bacillaire ; la tuberculisation pulmonaire presque toujours concomitante, n'est pas très avancée dans son évolution. Voilà comment s'explique chez eux la coloration générale gris-rosé de la muqueuse palatine restée saine.

L'aspect de toute la surface muqueuse est loin d'être uniforme à cause des tractus gris-jaunâtres, sanieux, formés par du muco-pus de mauvais aspect, mêlé à des parcelles alimentaires, à de la salive ayant une consistance très épaisse, visqueuse, adhérant plus ou moins fortement au fond de l'ulcère et le couvrant presque totalement. Une fois la surface détergée, les ulcérations se présentent avec tous leurs caractères objectifs.

Nombre. Il est variable avec le moment où on les observe. Au début elles peuvent être peu nombreuses, plutôt multiples, rarement uniques, pouvant couvrir presque toute la surface du voile, ne laissant que quelques lambeaux de muqueuse entre les limites de leurs bords. La multiplicité des ulcères est typique. Le nombre est souvent en raison inverse de l'étendue et de la profondeur.

Etendue

Elle est aussi très variable ; à côté d'une ulcération très étendue, labourant pour ainsi dire toute l'épaisseur de la muqueuse, la déchiquetant en zig-zag, peuvent se trouver d'autres ulcérations plus petites, de la taille d'une tête d'épingle, d'une lentille, etc...

Siège.

C'est la face inférieure du voile qui nous a semblé la région la plus fréquemment lésée. Tantôt l'ulcération occupe la partie médiane, tantôt elle siège sur les côtés du voile. Très souvent les bords du voile sont déchiquetés et la marche destructive de l'ulcération peut détacher complètement la luette. Nous avons vu aussi l'ulcération contourner les bords du voile et occuper la face supérieure de celui-ci. Différentes régions du rhinopharynx peuvent être lésées, mais nous signalerons comme ayant une importance particulière le pourtour de l'orifice des trompes d'Eustache ; à ce niveau en effet le processus cicatriciel détermine souvent une atrésie de ces orifices salpingiens.

Forme.

La forme varie selon l'étendue. Une petite ulcération de la dimension d'une lentille aura une forme assez régulièrement arrondie ou ovalaire. Une ulcération ayant une étendue plus grande aura une forme très irrégulière, s'étendant par places comme un ruban étroit assez long, poussant plusieurs diverticules dans la muqueuse voisine. La disposition en raquette est assez commune ; elle résulte de la prolongation de l'ulcération ovalaire souvent profonde par une rhagade relativement superficielle. Ou elle pourra être en forme de trèfle ou a contours festonnés « en jeu de patience » ; dans ce cas on voit facilement qu'elle résulte de l'union de plusieurs ulcérations confluentes occasionnant des

pertes de substance souvent très considérables. « Il semble que des mites ont passé dans cette muqueuse pour y tracer des sillons nombreux s'entrecroisant les uns les autres ». (Morell-Mackenzie). La muqueuse est labourée, érodée comme par des coups d'ongle surtout sur le bord libre du voile du palais. En un mot : l'irrégularité des pertes de substance est la caractéristique de l'ulcération bacillaire.

Fond. Le fond est inégalement excavé. La profondeur de l'ulcération est généralement moindre près des bords, plus grande au contraire vers le centre. Des anfractuosités, des fissures sillonnent tout le fond. La coloration est d'un blanc grisâtre sale, marbré de différentes façons, nuancée suivant que le fond est lisse ou couvert de mamelons charnus (lupus). Ce fond peut être en effet dans le lupus couvert par de petites excroissances de chair rose ou lie de vin, faisant saillie, se détachant sur une coloration du fond plus pâle. Ou bien encore ce sont des mamelons fongueux, œdémateux, demi-translucides comme des grains de semoule, pâles, parfois grisâtres et sanieux, donnant un aspect tomenteux très caractéristique du lupus et des ulcérations scrofuleuses.

Bords. Les bords sont toujours taillés à pic, très abrupts, mais peu élevés. « C'est en raison de la texture fibro-« musculeuse et particulièrement de son mode d'irri-« gation sanguine et lymphatique, que le voile palatin « fait sous forme d'ulcères à bords nets sa tuberculose « comme la syphilis ». (Traitement des scrofulides ulcéreuses bucco-pharyngées. *Province médicale*, 1906, n° 20, 19 mai).

Les bords varient suivant l'intégrité de la muqueuse voisine et suivant la profondeur de l'ulcère. Ils sont généralement irrégulièrement découpés, déchiquetés, festonnés, de niveau avec la muqueuse ambiante ; exceptionnellement végétants faisant un relief marqué sur les parties saines environnantes ; fréquemment ils sont très amincis, décollés et flottants dans l'ulcération, se confondant insensiblement par leur bord adhérent avec le reste de la muqueuse. Une aréole étroite rosée ou lie de vin entoure et colore les bords. Cette réaction inflammatoire est plus ou moins prononcée suivant le degré d'atonie de la muqueuse, ce qui dépend du degré d'anémie et de déchéance organique des malades.

trices au isinage ulcération.

L'existence de cicatrices au voisinage de l'ulcération vélo-palatine est souvent observée. A côté d'ulcérations en évolution, on trouvera de petites cicatrices superficielles, blanches, opalines plutôt que nacrées. Celles-ci sont symptomatiques d'un lupus qui cicatrisé, épidermisé par places, se présente en d'autres endroits en pleine évolution, rongeant et détruisant la muqueuse.

es jaunes Trélat.

Sur différentes parties de la muqueuse, on remarquerait de petites taches jaune-grisâtres, atteignant à peine le volume d'une tête d'épingle, assez régulièrement éloignées les unes des autres, qu'on décrit comme pathognomoniques de l'ulcère tuberculeux dans son état de progression et d'extension.

Décrites et mises en évidence pour la première fois par Trélat, elles sont équivalentes aux tubercules isolés dont on connaît l'histologie ; cellules géantes avec leurs noyaux multiples, leurs zones de cellules épithélioïdes et de cellules lymphoïdes.

Souvent on est induit en erreur en prenant de simples follicules glandulaires enflammés, hypertrophiés, pour des tubercules ou « taches jaunes de Trélat ». Il suffit de voir une fois ces glandules acineuses enflammées pour ne pas les confondre avec les taches jaunes de Trélat. Les follicules glandulaires enflammés font saillie sur la muqueuse et sont entourés par une étroite zone rosée, sans ligne de démarcation nette du côté des tissus sains. Leur opacité relative, leur coloration plus jaune et leur groupement nous permettront d'affirmer que ce sont des follicules glandulaires oblitérés.

Comme nous l'avons dit plus haut, les taches jaunes de Trélat sont de vrais tubercules isolés sous-épithéliaux, au-dessus du chorion de la muqueuse, jamais ils ne se logent plus profondément. Ils sont fortement enchâssés dans la muqueuse et sont couverts par un épithélium normal. Dans l'espace de quelques jours cet épithélium se mortifie, tombe, le contenu du tubercule est expulsé et laisse une excavation lenticulaire assez arrondie. Telle est la première étape d'une ulcération en voie de formation.

Ces petites ulcérations ont une grande tendance à l'accroissement ; elles s'élargissent et s'approfondissent, se fusionnent en donnant lieu à un ulcère très étendu.

Il arrive fréquemment que l'on observe deux ulcérations plus ou moins rapprochées et qui communiquent l'une avec l'autre par un trajet recouvert d'une sorte de pont de muqueuse saine. Cette disposition n'est que temporaire ; elle est due à ce fait que les tubercules suivent le trajet des artères ; à un moment donné les fines ramifications sont obstruées en certains points, la

muqueuse privée d'apports nutritifs se nécrose et l'ulcération est constituée. Cependant, dans des points intermédiaires, le calibre plus fort des artérioles terminales, une vascularisation collatérale peuvent maintenir temporairement la vitalité de la muqueuse sus-jacente, alors que les tubercules disséminés au-dessous d'elle se sont déjà ramollis, agglomérés et évacués par les deux ulcérations voisines. Ainsi peuvent s'expliquer ces ponts de muqueuse saine qui recouvrent un trajet faisant communiquer deux ulcérations voisines. Mais si la lésion suit une marche progressive, ces ponts de muqueuse ne tardent pas à être privés de leur vascularisation et à se sphaceler à leur tour.

Enfin, le processus destructif gagne en profondeur, le chorion de la muqueuse perd ses moyens de nutrition, se nécrose, s'élimine et l'ulcération arrive jusqu'au périoste qui est souvent respecté. Le processus destructif contourne les parties osseuses et suit son trajet dans le tissu mou, rarement l'os proprement dit est attaqué et infiltré. C'est alors que la perforation tuberculeuse est formée.

Perforations tuberculeuses du palais osseux et du palais membraneux

Au lieu de s'étendre en surface, l'ulcère tuberculeux phagédénique peut gagner en profondeur détruisant les tissus musculaires, aponévrotiques et même osseux.

A la suite de la chute de l'épithélium, la surface du

chorion de la muqueuse n'est plus protégée, et la salive avec les parcelles alimentaires exerceront une influence irritante sur elle. Les microbes qui pullulent dans la bouche à l'état normal, trouvent un milieu de culture tout préparé dans cette brèche ouverte sur des tissus peu résistants. Les éléments histologiques se mortifient et s'éliminent peu à peu. La place se creuse, la nécrose arrive jusqu'à atteindre le périoste.

Si la tuberculose naît primitivement dans le tissu osseux du palais ou bien au sein du voile, fait exceptionnel, la perforation sera très étroite, le trajet contourné et anfractueux.

La marche est très lente, la destruction s'effectuant progressivement de proche en proche.

Dans la tuberculose, la perforation débuterait par la cavité buccale pour aboutir aux fosses nasales, à l'inverse du processus ordinaire de perforation syphilitique. Nos observations ne nous permettent pas de souscrire à cette affirmation.

Nombre. Quel est le nombre des perforations dans la tuberculose palatine ? En règle générale, on admet que la tuberculose perfore le palais plusieurs fois. Les perforations les plus récentes sont moins grandes que la première qui est toujours la plus importante.

L'ulcère tuberculeux perforant s'accompagne presque constamment d'ulcérations non perforantes. Toutefois il arrive de rencontrer sous l'influence de la destruction bacillaire des voiles en dentelle. (Observation n° VII).

Situation par rapport au palais. La situation des perforations par rapport au palais est variable. Elles siègent souvent au voile du palais

(Observation n° I, II), tantôt à la base de la luette, ce qui menace de détacher cet organe (Observation n° V), rarement dans l'os palatin ou bien aux limites du palais membraneux et de la voûte osseuse (Observation n°s IV, VI). L'observation n° III concerne une perforation du pilier postérieur droit persistant après la guérison.

Par rapport à la ligne médiane (ligne allant de l'intervalle entre les deux incisives médianes supérieures au milieu de la base de la luette), la perforation est latérale. Elle siège à droite ou à gauche, mais rarement sur cette ligne elle-même.

ation par apport lcération.

La situation de la perforation par rapport à l'ulcération est typique. Tout autour d'elle, la muqueuse présente une large ulcération plus ou moins creuse. C'est sur le fond de cette ulcération, dans une anfractuosité, un cratère, également éloigné des bords, qu'on découvrira la perforation, dont souvent l'orifice est caché par une languette ou un repli de muqueuse. Souvent il est assez difficile de la trouver, ses dimensions étant assez faibles pour qu'il soit presque impossible d'y faire passer le stylet à pointe mousse avec lequel on sonde la lésion (Observation n° VI). Tantôt elle forme une fissure, un petit pertuis caché dans les débris de la muqueuse, tantôt plus volumineuse elle prend la forme d'une lentille très irrégulièrement ovalaire avec son grand axe sagittalement dirigé.

Trajet.

Le trajet de la perforation peut être plus ou moins long suivant qu'elle est oblique ou perpendiculaire et que le voile est plus ou moins œdématié. Elle fait des zig-zags dans l'intérieur de la muqueuse la soulevant

en forme de pont réunissant deux ulcérations voisines, puis elle continue son trajet en montant vers les fosses nasales. Ses parois sont bosselées, cratériformes couvertes de muco-pus.

Dans l'observation n° VI, le trajet de la perforation conduit le stylet tout d'abord dans un petit abcès avant de pénétrer dans la cavité rhino-pharyngienne.

Orifices.

L'orifice buccal est souvent plus grand que l'orifice rhino-pharyngien. Il faut insister sur ce fait que la perforation, presque toujours petite, siège au fond d'un cratère dont les bords s'inclinent en pente douce. On a comparé le trajet de la perforation à un entonnoir dont la partie large se trouve vers la surface du palais et l'extrémité étroite vers le plancher des fosses nasales. La perforation procédant d'un ulcère développé sur l'une des faces muqueuses du toit de la bouche, il est compréhensible que les deux orifices ne soient pas du même calibre.

Symptômes subjectifs

Dysphagie douloureuse.

Quand le processus ulcéreux envahit le palais, la douleur apparaît. Elle doit être considérée comme un des signes fonctionnels les plus constants et les plus précoces, sinon les plus accusés. Cette douleur ou dysphagie douloureuse, car la douleur spontanée est d'ordinaire insignifiante, est réveillée au moindre contact des aliments. Légère au début, elle ressemble à des picotements sur le palais au moment des repas et le malade ne s'en inquiète guère. Mais à la longue les douleurs deviennent parfois intolérables et le malade

appréhende le moment des repas, ne peut plus prendre de boissons alcooliques, ni un peu acides ; les aliments froids ou un peu épicés réveillent la douleur qui, au moindre contact devient très forte et cuisante ; peu à peu, la nutrition devient insuffisante, le sujet maigrit, ses forces déclinent et le mal empire rapidement.

gie. Quand l'ulcération avoisine les trompes, les manifestations douloureuses qui accompagnent la déglutition peuvent se propager jusqu'aux oreilles. Cette otalgie est d'autant plus intense que la lésion à touché plus profondément ou sur une plus grande étendue les bourrelets de la trompe. Cette dernière, en effet, se dilate brusquement par la contraction que détermine dans le muscle péristaphylin externe le passage du bol alimentaire dans l'œsophage.

rhée. Un autre symptôme que l'on constate est la sialorrhée ou salivation exagérée. Elle peut être d'origine physiologique ou d'origine mécanique. L'explication physiologique consiste dans l'hypersécrétion d'origine réflexe des glandes salivaires avec les glandes muqueuses du palais qui sont très hypertrophiées. L'hypersalivation peut être simplement apparente et dûe à une cause mécanique : en effet la déglutition étant très douloureuse, le malade se garde bien d'avaler sa salive et celle-ci se collecte en abondance dans la cavité buccale, s'écoulant même au dehors. Quelquefois c'est le traitement ioduré qui est la cause principale de cette sialorrhée et le médecin doit en tenir compte.

nage aryngée nent. Ainsi rejetée au dehors, la salive n'humecte plus le pharynx qui souvent se dessèche, et le malade éprouve une sensation de chaleur, de chatouillement, de pico-

tement. Aussi son entourage l'entend-il à tout instant faire le « hum » caractéristique. Quelquefois il a une véritable sensation de corps étranger et éprouve des quintes de toux d'origine réflexe, désignée sous le nom de toux pharyngée. Pour se délivrer de cette gêne persistante, le malade racle et arrive avec peine à expulser quelques viscosités plus ou moins adhérentes.

Parésie.

La parésie du voile du palais constitue un accident moins commun. Le palais subit des modifications histologiques très appréciables à l'œil nu. Ainsi le voile devient œdémateux, infiltré et très épaissi. Il est frappé d'imperfection fonctionnelle, s'immobilise et ne peut plus se contracter pour obturer les fosses nasales. Cette parésie du voile du palais se traduit par des phénomènes caractéristiques. La déglutition ne peut plus se faire normalement, les aliments liquides repassent par le nez.

Il est à remarquer que la parésie du voile ne dépend pas du nombre des ulcères, ni de l'étendue de la perforation. Même quand ces ulcères sont en petit nombre et que la perforation est insignifiante, la tuberculose palatine produit une parésie très constante qu'on a expliquée en l'attribuant à la gêne mécanique. En effet, les faisceaux musculaires, infiltrés par le processus inflammatoire, sont immobilisés et ne peuvent plus se contracter.

Une autre explication de ce fait est dûe à Walter et Caussade qui expliquent l'immobilité du voile par la paralysie des muscles occasionnée par les toxines des bacilles. On l'a comparée à la paralysie diphtéritique,

dans laquelle le mouvement réflexe du palais n'existant plus, une partie du bol alimentaire est poussée dans la cavité des fosses nasales.

Au début, la parésie est intermittente, le voile du palais fléchit à des intervalles éloignés qui peu à peu se rapprochent, enfin la paralysie devient complète.

Cette paralysie des muscles occasionne encore un nasonnement de la voix très spécial chez ces malades. Ce nasonnement est en rapport indirect avec l'étendue de la perforation. La perforation peut présenter la forme d'une simple fissure, et il est impossible alors d'admettre qu'elle ait une influence mécanique sensible sur les vibrations de la colonne d'air. L'immobilisation partielle ou totale du voile explique au contraire clairement ce défaut du timbre.

DIAGNOSTIC

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

« La clinique seule est souvent en défaut pour établir « le diagnostic des ulcères syphilitiques et tuberculeux « de la gorge. Ni l'aspect physique des lésions prises « en particulier, que peuvent modifier de tout au tout « l'état constitutionnel du sujet et les infections sur- « ajoutées, ni les troubles subjectifs qu'elles entraînent « et qui varient si considérablement suivant la réacti- « vité nerveuse propre de chaque individu, ne sau- « raient fournir les éléments d'un diagnostic assuré. « Un syphilitique anémié par une dysphagie prolongée « peut soumettre à notre examen des ulcérations gut- « turales à marche trainante, à bords atones, décolo- « rés. Un tuberculeux éréthique peut en imposer aussi « pour un fracastorien avec une infiltration congestive « du voile autour d'un foyer de désintégration bacillaire. « Et cela sans parler des hybrides, plus fréquents qu'on « ne pense ». (Communication au Congrès français de

laryngologie, Paris, mai 1908, M. le Professeur Jacques.)

Les difficultés du diagnostic différentiel entre la tuberculose ulcéreuse torpide et certaines formes de syphilis tertiaire de la gorge sont, en effet, fréquentes. Les ulcérations et les perforations tuberculeuses vélo-palatines étant très souvent méconnues et mises sur le compte des autres agents spécifiques, il est nécessaire de les bien connaître et décrire, avec tous leurs traits caractéristiques.

La coexistence des caractères objectifs d'une lésion ulcéro-perforante du palais avec les symptômes d'une tuberculose pulmonaire au stade d'induration ou autre, fera souvent la base du diagnostic. C'est là l'opinion de Dieulafoy.

D'après la plupart des dermatologistes, le lupus des muqueuses en général serait secondaire à un lupus du tégument externe. Comme la face est de beaucoup le siège le plus fréquent du lupus, c'est par contiguité et progressivement que les muqueuses nasale, bucco-pharyngée ou palpébrale seraient envahies. Leloir, dans son *Traité de la scrofulo-tuberculose de la peau*, écrit que « le lupus des muqueuses, absolument isolé « et localisé à celles-ci, existant avant toute trace de « lupus du côté de la peau, est chose rare. Aussi, dans « mes 312 cas de lupus, dit-il, je n'en ai observé que « 21 cas ».

Pontoppidan, de son côté, dit que, sur 100 cas de lupus, il y en avait 23 où la muqueuse nasale était envahie primitivement.

Aujourd'hui on tend à admettre, d'après les observa-

tions des rhinologistes, que la muqueuse nasale joue un grand rôle comme point de départ du lupus. Chaque fois qu'un malade est atteint d'un lupus de la peau, il faut examiner avec soin les cavités muqueuses et leurs orifices. Souvent le lupus des muqueuses passe inaperçu des malades ; c'est au clinicien de savoir le chercher.

Si la constatation d'un foyer tuberculeux aux poumons ou de nodules lupiques à la face constitue une indéniable présomption en faveur de la nature bacillaire d'une lésion du tégument interne, on aurait tort de faire, avec Dieulafoy, de cette observation le pivot du diagnostic. On s'appuiera plutôt sur un ensemble de faits concomitants, sur un groupe de symptômes concordants, tels que les caractères objectifs ou subjectifs de la lésion, son évolution anatomique, l'existence de cicatrices au voisinage de l'ulcération vélo-palatine, l'état général du malade, ses antécédents héréditaires et personnels.

« Il est certains caractères, dit M. le Professeur Jacques, que je considère comme éléments de sérieuse « présomption en faveur de la tuberculose, tels sont « la multiplicité et l'irrégularité des pertes de substance. Telle est aussi l'évolution anatomique des lésions..., le mode de réparation..., la constatation de « lésions guéries au voisinage de foyers en évolution. » (Communication au Congrès français de laryngologie, Paris, 1908, M. le Professeur Jacques).

Pour confirmer le diagnostic, on pourra recourir aux moyens dits de certitude, tels que l'examen bactériologique et l'inoculation au cobaye. La recherche du ba-

cille de Koch dans l'exsudat prélevé à la surface de l'ulcère ou dans une parcelle de muqueuse détachée avec les pinces du bord de l'ulcération, doit être toujours employée. La présence constatée du bacille de Koch dans l'exsudat sera un fait très important ; sa constatation au sein des tissus malades et spécialement d'un follicule de Kœster, deviendra absolument pathognomonique. Malheureusement, les bacilles sont souvent peu abondants, parfois même ils manquent sur un certain nombre de préparations. C'est de préférence dans les parcelles de muqueuse qu'on en rencontrera au voisinage ou dans le sein des cellules géantes. Lors même que cette recherche serait négative, il ne faudrait pas s'empresser de nier la nature tuberculeuse des lésions. On sait que le lupus est une tuberculose atténuée et que les bacilles y sont assez rares.

Le second moyen, plus sûr dans ses résultats sinon dans ses indications, est de rechercher la nature tuberculeuse du mal, en faisant une inoculation au cobaye par voie péritonéale.

Enfin on pourra recourir, le cas échéant, aux diverses formes de la séro-réaction.

Comme nous l'avons dit plus haut, c'est avec la syphilis tertiaire que le diagnostic des ulcérations tuberculeuses profondes du voile du palais comporte à la fois le plus haut intérêt et les principales difficultés. Aussi estimons-nous utile d'insister tout d'abord sur les éléments dont nous disposons pour l'établir.

Diagnostic différentiel avec la syphilis

Caractères généraux de la syphilis tertiaire et de la tuberculose ulcéreuse du palais.

Contagieuses et infectieuses, chroniques et à poussées successives, la syphilis et la tuberculose sont toutes deux des maladies générales, très comparables dans leur nature et leur symptomatologie. C'est dans le domaine du tertiarisme syphilitique et dans les manifestations tuberculeuses chroniques localisées au voile et au pharynx en général que les confusions sont le plus faciles et le plus souvent observées.

« Quand la scrofule maligne, dit Bazin, débute par « le voile du palais, la voûte palatine, à quels caractè- « res la distinguerez-vous de la syphilis ulcéreuse des « mêmes régions? Je vous le déclare en toute sincé- « rité : dans ces cas, le diagnostic est quelquefois telle- « ment obscur, qu'il faut rester dans le doute. Rappe- « lez-vous cependant que la syphilide ulcéreuse a plus « de tendance à débuter par la muqueuse, pour s'éten- « dre consécutivement à la peau, tandis que la scrofu- « lide ulcéreuse débute plus souvent par la peau et ne « s'étend que consécutivement à la muqueuse. La « forme, la disposition des parties ulcérées, l'odeur des « produits qui en découlent, sont autant de signes qu'il « est important de connaître. Dans la scrofule maligne « vous trouvez généralement une plus grande quan- « tité d'éléments primitifs sur les bords de l'ulcère que « dans la syphilide ulcéreuse, plus de granulations et « de fongosités à la surface des parties ulcérées. » (Bazin, *Scrofule*, p. 294.)

Tout en rendant hommage à la sincérité qui dicte au

maître en dermatologie les affirmations ci-dessus, nous croyons moins bornées les ressources cliniques et nous ne saurions souscrire à ces assertions décourageantes.

Dans la première période de la syphilis, il est une lésion qui, au premier abord, présente quelque analogie avec celle qui nous occupe. C'est le chancre du palais. Mais cette analogie n'est que superficielle et la confusion est facilement évitable. L'accident primaire siège très rarement au voile du palais (2 fois sur 553 observations de Fournier) ; il est toujours solitaire, arrondi; il présente une coloration rouge vif, couleur jambon frais, à cause du processus inflammatoire qui l'accompagne. Sa surface lisse, ses bords relevés, l'induration caractéristique persistant après la cicatrisation, le gonflement considérable, précoce et non douloureux des ganglions sous-angulo-maxillaires permettent un diagnostic facile.

Dans la tuberculose du palais, il existe parfois des ganglions, mais ils sont toujours moins nombreux, plus petits et souvent sensibles à la pression.

Dans la période secondaire, les plaques muqueuses ulcérées se reconnaissent facilement à leurs caractères bien connus : de petites dimensions, très nombreuses et superficielles, elles ont la forme d'écorchures circulaires ou elliptiques, faisant une légère saillie. Leurs bords sont frangés, leur surface a un aspect grisâtre opalin, elles sont légèrement déprimées au centre, entourées d'un liséré carminé, tendent spontanément à la guérison et disparaissent sans laisser de traces. La recherche des manifestations syphilitiques concomi-

tantes sur le corps, comme la roséole et les syphilides cutanées, confirmeront le diagnostic.

Les erreurs de diagnostic sont beaucoup plus faciles et fréquentes, lorsqu'on a affaire à des manifestations tertiaires de la syphilis acquise ou héréditaire. C'est avec les syphilides gommeuses ulcératives et les gommes du voile proprement dites, aboutissant à la perforation ou à la destruction massive des tissus, que le diagnostic différentiel doit être fait avec beaucoup de soins.

des gommes ulcéreuses.

Les syphilides gommeuses ulcératives sont, comme leur nom l'indique, des gommes plus ou moins superficielles, ramollies, laissant à leur place une perte de substance donnant lieu à un ulcère. Elles se rencontrent très souvent sur le voile du palais, dans la syphilis acquise ou dans ses manifestations héréditaires (46 cas sur 212 observations de Fournier).

L'ulcère syphilitique arrive à occuper parfois une grande surface. Il peut couvrir la face antérieure comme la face postérieure du voile du palais et aussi les tissus mous du palais osseux.

Régulièrement dessiné, il est entouré d'une zone vivement colorée, qui s'étend assez loin sur les tissus voisins. La coloration carminée est caractéristique de l'ulcère syphilitique.

Les bords sont nettement dessinés, taillés à pic, adhérents et indurés ou gonflés.

Le fond est tapissé d'un enduit sale, jaunâtre, crémeux, adhérent, ou d'un tissu mortifié bourbillonneux, caractéristique de la gomme en voie d'élimination, se changeant en ulcère.

Les symptômes fonctionnels sont presque nuls et l'état général est bon malgré l'étendue des lésions.

L'ulcère syphilitique peut rester stationnaire ou bien prendre une allure grave et devenir phagédénique. Dans le phagédénisme on considère deux formes de l'ulcère :

Ulcère serpigineux.

1° L'ulcère serpigineux gagnant en surface, s'étendant de plus en plus loin, ronge le bord libre du voile, les piliers, le pharynx, en les dépouillant de leur muqueuse ;

Ulcère perforant.

2° L'ulcère perforant ou térébrant, au lieu de gagner en surface, creuse en profondeur les tissus du palais membraneux et du palais osseux, ne s'arrête devant aucun obstacle, formant aussi une ou plusieurs perforations qui ouvrent des communications anormales entre la cavité nasale et la cavité buccale.

Gommes du voile.

Contrairement aux syphilides ulcératives qui constituent la forme superficielle de la syphilis tertiaire du palais, les gommes du voile proprement dites, à forme diffuse, sont des infiltrations massives, profondes, sans forme définie, sans limite nette, ne donnant pas lieu à une ulcération, mais de l'infiltration elles aboutissent directement à la perforation. Le début très insidieux du mal est tout à fait caractéristique. Les malades ne se plaignent de rien, si ce n'est d'un coryza prémonitoire auquel souvent ils ne prêtent pas attention, quand tout à coup, dans l'espace d'une nuit ou au moment d'un repas, ils éprouvent de la difficulté à parler distinctement ou s'aperçoivent que les aliments liquides régurgitent par le nez. A leur grand étonnement, ils remarquent la perforation formée en plein dans le voile

ou dans le palais osseux avec tous les caractères que nous énumérons ici : forme régulièrement arrondie, ovalaire ou allongée transversalement dans le sens des tractions musculaires ; dimension d'une lentille, d'un pois ou d'une pièce de cinquante centimes ; bords verticaux, en falaise ; muqueuse environnante enflammée sans être ulcérée Bref, la perforation syphilitique est creusée dans un tissu non ulcéré, à peu près sain.

Partout où l'infiltration pathologique existait, la destruction des tissus est fatale, et fait place aux perforations, ou aux destructions massives du palais, aux déchirures en rideaux retroussés du voile, ou aux échancrures marginales.

De ces deux types de lésions tertiaires du palais, le premier, nous entendons l'ulcère superficiel consécutif à des gommes de la muqueuse, est de beaucoup, surtout dans sa forme phagédénique, celui qui prête le plus à confusion avec les pertes de substance tuberculeuses, aboutissant parfois à la perforation du voile du palais, que nous avons en vue dans ce travail.

En effet, c'est dans les couches profondes de la muqueuse, et non dans la profondeur des tissus musculo-aponévrotiques du voile, que débute à peu près constamment la tuberculose. De là, elle envahit lentement, de proche en proche les tissus environnants, progressant en surface plus qu'en profondeur, s'insinuant dans le tissu conjonctif lâche qui unit la muqueuse aux plans fibro-musculaires sous-jacents. Elle suit les tractus vasculaires qui parcourent la sous-muqueuse, détruisant de proche en proche les moyens de nutrition de la muqueuse elle-même qui, décollée de

son substratum, ne tarde pas à se mortifier, à s'éliminer, laissant à sa place un ulcère superficiel à bords œdémateux et livides, enflammés et dystrophiques, dont la fonte progressive fait peu à peu reculer les limites de la perte de substance.

Ce n'est que d'une façon relativement tardive que le processus tuberculeux ulcératif, momentanément arrêté dans ses progrès par la résistance anatomique d'un plan aponévrotique, ou détourné par la disposition de l'appareil vasculaire, empiète sur les plans plus profonds et, sans doute aidé dans son travail par l'appoint de l'infection secondaire, creuse en plein voile, en pleine charpente du voile, des trajets anfractueux plus ou moins pénétrants. D'ailleurs l'influence prépondérante de la nature anatomique des tissus intéressés se traduit, dans les perforations bacillaires du voile, par des caractères que la syphilis ne nous offre pas habituellement : anfractuosité, irrégularité, disposition en clapiers, persistance de ponts de substance inattaquée, décollement interstitiel, qui s'opposent dans les trajets d'origine bacillaire à la disposition en puits à parois régulières des perforations dues à la vérole.

Mais nous reviendrons ultérieurement sur les éléments du diagnostic des perforations bacillaires avec les ulcères syphilitiques issus des tumeurs gommeuses; insistons pour le moment sur celui des syphilides ulcéreuses avec l'ulcère tuberculeux chronique à son stade de destruction superficielle.

Caractères objectifs des formes superficielles.

L'*étendue* des ulcères tuberculeux est tout aussi variable que celle des ulcères syphilitiques. Les uns et les autres peuvent envahir tout le palais, sa face posté-

rieure et sa face antérieure, les piliers, les amygdales, le larynx.

Quand elles sont limitées et multiples, les ulcérations de la vérole présentent un caractère pathognomonique dans quelques cas, c'est la *disposition* circinée.

La tuberculose, au contraire, ne connaît aucune symétrie et les ulcères irrégulièrement juxtaposés se fusionnent au hasard de leurs progrès individuels.

Les *bords* sont taillés à pic dans les deux sortes d'affections, qui débutent l'une et l'autre dans les couches profondes de la muqueuse ; mais ils sont indurés, adhérents, épaissis, rouge vif, très nettement découpés dans la syphilis, tandis qu'ils sont minces, décollés habituellement atones, livides et plus ou moins œdémateux dans l'ulcère tuberculeux.

Cette tendance constante de la tuberculose à miner les parties ambiantes, aboutit souvent pour le voile du palais à la production de trajets sous-muqueux réunissant deux ou plusieurs ulcères isolés par des ponts superficiels respectés. Cette disposition en clapier est très caractéristique.

Un phénomène non moins remarquable consiste dans la constatation de tractus cicatriciels récents, très superficiels, voisinant avec des pertes de substance en voie d'accroissement.

Le *fond* dans les ulcères syphilitiques et tuberculeux superficiels est assez inégalement excavé ; mais dans la syphilis son enduit est adhérent, jaune-crêmeux ou bourbillonneux, et, détergé, il laisse voir une coloration rouge-rose ; dans l'ulcère tuberculeux l'enduit est moins

adhérent et grisâtre ; lorsqu'il est détergé, l'aspect du fond est marbré-gris ou bien tomenteux, couvert de petits bourgeons rouges, tranchant sur la teinte plus grise du reste.

L'ulcère tuberculeux est entouré d'une *aréole* étroite, rosée ou, plus souvent lie de vin. Une coloration très intense, carminée, se diffusant sur la muqueuse environnante, persistant après la guérison, est un des caractères de l'ulcère syphilitique.

Caractères objectifs des formes perforantes.

Lorsque au fond d'une ulcération irrégulièrement excavée, poussant dans la muqueuse des diverticules fissiformes plus ou moins anfractueux, on découvre une perforation souvent très petite, laissant difficilement passer le stylet à travers un orifice que la rhinoscopie postérieure montre étroit, irrégulier, atone, on est en devoir de penser à la tuberculose ulcéro-perforante. Si cette perforation est accompagnée de plusieurs ulcères disséminés dans son voisinage, ou bien s'il existe d'autres excavations de même aspect et d'inégale importance, le diagnostic est encore plus probable.

La perforation syphilitique, au contraire, est presque toujours unique, de diamètre relativement considérable ; ses bords sont nettement découpés et verticaux, et il n'y a pas autour d'elle d'ulcération ou de destruction de la muqueuse.

Qu'il s'agisse de formes superficielles, à tendance phagédénique ou non, l'*évolution* de la lésion tuberculeuse du palais est plus lente, beaucoup plus lente que celle de la syphilis. La tuberculose phagédénique peut, exceptionnellement, chez des individus cachectisés, prendre une allure plus rapide, mais alors l'état général

du sujet imprime l'indéniable cachet de la phymie. Cette différence d'allure est singulièrement plus frappante encore, si on compare la tuberculose vélo-palatine aux infiltrations gommeuses profondes.

oubles tionnels.

La perforation syphilitique d'emblée est très brusque dans son apparition ; elle est en outre très insidieuse, ce qui s'explique par l'absence de symptômes fonctionnels et par le point où commence le processus destructif. Il débute en effet d'ordinaire par la face dorsale du voile, progresse vers la muqueuse palatine. Le malade ne s'en aperçoit que quand la muqueuse palatine est détruite et que la perforation est complète.

Dans l'évolution tuberculeuse l'apparition de l'ulcère est accompagnée par une dysphagie douloureuse ; la régurgitation des aliments liquides par le nez et le nasonnement de la voix sont hors de proportion avec l'importance de la perforation, tandis que dans la syphilis ces caractères sont en raison directe de l'étendue de l'orifice.

La situation et les dimensions de la perforation exercent une grande influence sur ces imperfections fonctionnelles dans la syphilis ; les mêmes variations n'impriment dans la tuberculose qu'une différence insignifiante aux altérations fonctionnelles.

nopathie.

L'hypertrophie des ganglions est un phénomène assez constant dans la tuberculose. On rencontre souvent des cas où les ganglions sont pris et infectés primitivement par le bacille de Koch.

Dans les manifestations tertiaires de la syphilis les ganglions manquent toujours.

général.

Quant à l'état général des sujets, il constitue un

sérieux point d'appui, suivant Dieulafoy, pour le diagnostic. Cet état général dépend de la période plus ou moins avancée de la tuberculose pulmonaire habituellement concomitante. En effet, les ulcérations et les perforations vélo-palatines sont presque toujours secondaires à la tuberculose du poumon ou des autres viscères. Cependant on a signalé deux cas (Barbier et Du Castel) où la perforation était la seule manifestation du bacille de Koch.

Les malades se plaignent d'inappétence, de faiblesse générale. Ils maigrissent et toussent, ou bien, c'est une toux sèche qui les fatigue beaucoup en les privant de sommeil (toux pharyngée). Quelquefois elle peut être accompagnée d'une expectoration plus ou moins abondante, en rapport avec le degré du ramollissement pulmonaire. Ils se plaignent rarement de sudations nocturnes.

Les vibrations thoraciques exagérées, la matité des sommets à la percussion, la diminution du murmure vésiculaire à l'auscultation sont constatées chez certains de nos malades, mais chez la plupart ces signes ne sont pas très accentués et passent pour des indices d'une tuberculose peu avancée.

Commémoratifs. Nos malades sont de tempérament lymphatique, de souche tuberculeuse ; leurs antécédents héréditaires et personnels sont très chargés de stigmates tuberculeux, et il n'est pas rare de trouver chez eux l'existence d'un lupus des fosses nasales ou du tégument externe.

Mode de réparation. « Une différence s'observe dans le mode de réparation : quand cesse de progresser le processus tuber« culeux, nous voyons le fond des ulcères se déterger,

« pâlir et se couvrir insensiblement d'un fin lacis de « tractus nacrés fibrillaires très délicats et transparents. « Cette toile cicatricielle diaphane s'étend sur les pertes « de substance sans en modifier notablement la con- « formation, en atténuant à peine l'état tomenteux « qu'elle aplanit seulement à la longue. Le lupus, affec- « tion de surface guérit par des cicatrices superficielles. « Les ulcères de la syphilis, maladie perforante, se « réparent intégralement par coalescence de leurs « bords ou laissent après eux des brides fibreuses net- « tement apparentes et fortement rétractiles, suivant « que la destruction des tissus a été limitée ou consi- « dérable. » (*Communication au Congrès français de laryngologie*, Paris, 1908, Professeur Jacques).

Les cicatrices des ulcères et des perforations tuberculeuses ont un aspect tout à fait différent de celles des ulcérations syphilitiques guéries. Elle sont plus blanches, nacrées et luisantes dans la tuberculose, en forme d'étoiles, tantôt légérement déprimées, tantôt de niveau avec la surface générale, formant des brides fines, assez courtes et irrégulièrement anastomosées.

Une disposition commune consiste dans l'évidement radical de la fosse amygdalienne où la tuberculose marque sa prédilection pour le tissu lymphoïde, en réalisant ce que l'amydgalotome réussit bien rarement à obtenir aussi complètement.

Les déformations du palais ne sont pas si considérables que dans la syphilis, où les cicatrices sont de coloration plus foncée, volumineuses et font saillie sur la muqueuse sous forme de très grosses brides, assez étendues et régulièrement disposées. Ainsi dans ce der-

nier cas, le voile peut contracter de fortes adhérences exerçant des tractions vicieuses vers la paroi postérieure du pharynx ou vers les piliers, ce qui est toujours beaucoup moins marqué dans la tuberculose.

Effets du traitement.

Enfin, dans la pratique courante, plusieurs médecins se servent exclusivement du traitement mercuriel d'épreuve comme moyen de diagnostic entre la syphilis et la tuberculose chronique. Si par ce moyen les lésions s'améliorent, on diagnostique une affection syphilitique, soit héréditaire, soit acquise ; sinon, la tuberculose est mise en cause, mais seulement en cas d'insuccès de ce traitement d'épreuve. Ce moyen de diagnostic n'a de valeur qu'à la condition d'employer exclusivement le mercure, sans lui associer les iodures ; ceux-ci, en effet, comme nous le verrons plus loin, ont une action très efficace sur les ulcérations tuberculeuses, et il est permis de croire que certaines lésions améliorées par le traitement iodo-hydrargyrique pouvaient n'être pas syphilitiques, l'élément curateur se trouvant être l'iode et non le mercure.

Association de la syphilis et de la tuberculose

Hybridité.

La syphilis et la tuberculose peuvent être associées chez le même individu et donner lieu à des conditions pathologiques nouvelles. Nous ne voulons pas parler de l'ulcère tuberculeux de la bouche contaminé par le virus syphilitique et devenu la porte d'entrée de ce dernier, ni de l'angine spécifique infectée par le bacille de Koch. Ces cas ne doivent pas être confondus avec les

lésions hybrides qui résultent de la réunion sur un même point d'une localisation tertiaire et d'une manifestation bacillaire chez un sujet à la fois syphilitique et tuberculeux.

Sous le nom de hybride scrofulo-tuberculo-syphilitique, le professeur Verneuil désigna des manifestations à la fois tuberculeuses et syphilitiques se montrant sur un organe quelconque, se combinant si profondément que l'individualité de chaque maladie disparaitrait et qu'il en résulterait une affection nouvelle ayant des caractères et une marche propre.

Leloir les étudie au Congrès de la tuberculose en 1891. Brunelle dans sa thèse inaugurale compare les hybrides à un sel résultant de la combinaison d'une base et d'un acide. C'est Ricord qui a donné le nom de « scrofulate de vérole » à ces lésions hybrides sur lesquelles Sergent a de nouveau attiré à plusieurs reprises l'attention des praticiens. Plusieurs médecins s'élèvent contre l'idée de fusion et disent que ce ne sont que de simples juxtapositions des manifestations tuberculeuses et spécifiques. « Sachez en effet que les espèces mor-« bides peuvent se juxtaposer, s'amalgamer, mais « qu'elles n'abdiquent jamais leur autonomie. » (Mauriac).

Quand les deux maladies évoluent simultanément sous la forme de lésions hybrides localisées au palais, le clinicien se rendra compte de leur association par l'existence des symptômes plus ou moins caractéristiques de chacune des deux diathèses. Les manifestations de l'association de la syphilis et de la tuberculose peuvent être en proportions variables.

Il est des malades qui présentent une constitution lymphatique et scrofuleuse à côté de quelques signes de spécificité héréditaire, chez qui on observe certaines lésions ulcéreuses et destructives du palais, asssez modifiées de caractère pour constituer de réels embarras de diagnostic. Que sont de telles ulcérations de la muqueuse vélo-palatine ? Est-ce que ce sont des ulcères tuberculeux, où s'agit-il d'ulcères syphilitiques ? Ils présentent certains signes propres aux ulcérations tuberculeuses, et certains autres qui relèvent plus particulièrement de la syphilis. Les caractères de ces deux grandes affections s'y trouvent réunis sur la même lésion, constituant au point de vue objectif ce qu'on nomme des ulcères aux caractères mixtes, lésions hybrides ou de métissage, suivant l'expression du Professeur Fournier. Dans ces cas douteux, le traitement spécifique — mixte — institué produira déjà au bout de 48 heures une amélioration de la lésion dans son aspect général qui sera facilement remarqué par l'œil exercé du praticien. Mais le résultat peut être incomplet, surtout s'il s'agit d'une lésion hybride, et l'amélioration, d'abord rapide et franche, s'arrête tout à coup et reste stationnaire.

Il est encore d'autres malades, et ce sont ceux-là qui nous occupent, chez lesquels on ne trouve pas d'antécédents ou de tares spécifiques héréditaires ou personnels, alors que les symptômes de la tuberculose locale ou de la scrofule existent seuls. Chez ceux-ci, le traitement spécifique n'améliore nullement les lésions, au contraire, il les irrite et l'état des malades devient de plus en plus mauvais. Chez ceux-là l'iodure de potassium à

dose moyenne produira un effet tout à fait remarquable. Faut-il de cette épreuve thérapeutique conclure malgré tout à la possibilité de lésions syphilitiques?

ociation de tuberculose de la syphi- en général.

Sur l'association de la tuberculose et de la syphilis en général, nous dirons quelques mots seulement.

La tuberculose d'elle-même prédispose-t-elle à la syphilis? Toute altération de l'organisme prédispose aux infections ultérieures. Quant à conclure qu'un tuberculeux peut devenir plutôt syphilitique que tout autre individu sain, c'est beaucoup à dire. Un bacillaire, aussi bien qu'un sujet absolument sain, peut devenir spécifique si les circonstances lui sont favorables pour la contagion.

Toutefois, l'aggravation de la syphilis par la tuberculose en évolution est admise. La tuberculose met l'organisme en état d'infériorité pour réagir, contre le virus spécifique : d'où syphilis maligne. (Thèse de Mansion, 1900, Nancy).

Un syphilitique récent présentera aussi un terrain de moindre résistance à l'infection bacillaire. « Développée « dans ces conditions, la phtisie suit quelquefois une « évolution hâtive, fait des progrès rapides et tue à « bref délai. » (Fournier).

Il est observé que la déchéance organique chez lui est souvent très accentuée, de sorte qu'il est facile de concevoir un état de plus grande réceptivité pour le bacille de Koch en particulier. Donc la syphilis est une des maladies qui prédisposent à la tuberculose, accélèrent et aggravent son évolution.

« Mauvaise, très mauvaise association morbide que « celle de la tuberculose et de la syphilis marchant de

« pair ! » dit le Professeur Landouzy (Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1891, t. II, p. 185). Plus loin : « Tout autres m'ont paru les choses, quand il s'est agi « d'un ancien syphilitique, ayant quelque vingt années « de syphilis, auquel venait s'attaquer la tuberculose. « Les malades ressortissant à cette variété chronolo- « gique d'association morbide m'ont paru, dans une « dizaine de cas au moins, faire une tuberculose toute « particulière, laquelle tuberculose s'affirmait au point « de vue anathomo-pathologique : fibreuse, et au point « de vue évolution : lente, torpide, apyrétique, non « diffusante. C'est à propos de cette catégorie de malades, « anciens syphilisés néo-tuberculeux, que j'ai l'habitude « de dire familièrement qu'ils aboutissent au « scléro- « sate de tuberculose. » Professeur Landouzy.

La syphilis réveillerait souvent une bacillose latente. Certains auteurs, comme Lancereaux, admettent l'antagonisme local entre les deux diathèses : « La loi géné- « rale de l'organisme, en vertu de laquelle le dévelop- « pement d'une lésion pathologique arrêterait ou retar- « derait l'évolution de tout processus d'une origine « différente, étant vraie, c'est uniquement par la débili- « tation qu'elle apporte au sein de l'économie, que la « syphilis est susceptible de donner le coup de fouet à la « phtisie pulmonaire... En résumé, les manifestations « de la scrofule et de la phtisie pulmonaire sont quel- « quefois éveillées par la syphilis, toutefois, il n'est « nullement prouvé que celle-ci puisse les engendrer ; « elle est tout au plus, à leur égard une cause occasion- « nelle. » Lancereaux.

Mauriac s'oppose à cette assertion et dit que « bien

« souvent la maladie constitutionnelle n'attend pas « que la maladie antérieure ait cessé pour se réveiller. »

Hérédo-syphilis tardive

Le diagnostic des manifestations hérédo-syphilitiques tardives se basera sur les renseignements qu'on obtiendra par une enquête minutieuse sur la famille des malades et sur leurs antécédents personnels. Ces manifestations se produisent souvent sous forme de perforations et d'ulcérations du voile et de la voûte palatine, de sorte qu'elles pourraient en imposer pour la tuberculose ulcéro-perforante.

L'âge dans lequel elles se rencontrent principalement est de 5 à 30 ans. Comme il n'y a pas de signes pathognomoniques de la syphylis héréditaire tardive, on tirera ses conclusions d'un ensemble de symptômes.

Lorsque chez un enfant pâle, d'aspect général chétif, se développant mal et présentant plus ou moins nette la triade d'Hutchinson (lésions dentaires, oculaires et auditives) avec des déformations osseuses (surtout apparentes au niveau du crâne, du nez et du tibia), on constate une perforation du voile ou de la voûte palatine dont les caractères objectifs ou subjectifs sont analogues à ceux qu'on décrit comme spécifiques, on peut considérer cette lésion comme une manifestation tardive de l'hérédo-syphilis, surtout s'il existe des antécédents héréditaires ou collatéraux. Enfin, pour préciser le diagnostic, on pourra recourir au traitement pierre de touche.

Diagnostic différentiel avec les ulcérations et les perforations d'une autre nature

Sporotrichose.

Le sporotrichum découvert par DE BEURMANN donne des ulcérations multiples distribuées plus ou moins régulièrement sur le tégument externe ; mais il peut aussi se localiser sur les muqueuses, la muqueuse bucco-pharyngée en particulier.

Les lésions qu'il y détermine, et sur lesquelles le Professeur LETULLE a récemment attiré l'attention, pourraient être confondues avec les manifestations de la tuberculose et contribuer à égarer le diagnostic. Peut-être même en a-t-il été ainsi avant que soient connues les lésions mycosiques dont l'étude a été particulièrement poussée pendant ces dernières années, d'autant plus que le traitement de ce genre d'affections c'est-à-dire l'emploi d'iodure de potassium à haute dose est le même que dans les lésions bacillaires et syphilitiques.

Cependant il suffit de connaître l'existence de ces lésions sporotrichosiques pour éviter de les confondre avec les ulcérations tuberculeuses. Le diagnostic se basera sur leurs caractères objectifs, sur l'examen bactériologique et histologique des exsudats.

Les ulcérations sporotrichosiques, comme les ulcérations tuberculeuses, n'ont pas sur la muqueuse buccale de siège de prédilection ; elles peuvent occuper les piliers antérieurs, les piliers postérieurs, la face antérieure du voile ou sa face postérieure. L'ulcération

peut être ou bien petite, indolente, assez profonde, à contour arrondi, à surface grisâtre, à bords surélevés, tuméfiés et rouges, ou bien l'infiltration mycosique largement étendue donne lieu à un vaste ulcère gris-jaune, sale, faisant un relief très caractéristique à la surface des muqueuses enflammées. Ce relief est dû à une mince couche d'enduit faisant partie intégrante de la muqueuse elle-même, comparable à du papier mâché, mais n'est pas une fausse membrane. Souvent il y a une légère couche de muco-pus facile à déterger. Les parties atteintes conservent leur forme et leur souplesse. Il n'y a pas d'adénopathie cervicale.

Les ulcérations tuberculeuses ne donnent aucun relief sur la muqueuse, mais au contraire creusent, effritent, détruisent sur place les parties plus ou moins étendues du palais. Douloureuses, à bords décollés, elles seront très facilement distinguées des affections mycosiques non seulement par leur aspect, mais aussi par les déformations de voisinage, l'infiltration et le défaut de souplesse du voile palatin, enfin par l'existence fréquente d'adénites cervicales.

nomycose. Exceptionnelle, l'actinomycose pourrait fournir matière à confusion avec la tuberculose vélo-palatine. Un trajet aberrant issu de la région malaire du maxillaire supérieur ou de la portion angulaire de l'inférieur, venant s'ouvrir sur l'une des faces du voile, offrirait certains caractères que nous avons signalés comme propres aux lésions bacillaires : notamment l'irrégularité de l'ulcère, ses bords livides et décollés, son évolution traînante, sa coexistence avec des lésions analogues en voie de cicatrisation.

Ici encore il faudra se garder d'attribuer une valeur décisive à l'axiome : *Naturam morborum ostendunt curationes.* L'épreuve du traitement ioduré ne saurait fournir qu'une simple présomption et c'est à l'examen microscopique qu'il faudra demander le criterium.

Ulcérations diphtéritiques.

L'ulcération diphtéritique du voile présente une coloration gris sale, atone, à marche très rapide ; généralement unique, elle est couverte de multiples fausses membranes très adhérentes. Essaye-t-on de détacher une de ces fausses membranes, la plaie saigne et sous peu une nouvelle membrane se forme. L'état général très affecté du sujet, la prostration, la fièvre, le jetage abondant et sanguinolent, les masses sphacélées de détritus sanieux indiqueront quelle forme d'ulcère nous avons devant les yeux.

Enfin, les recherches bactériologiques dénonçant la présence du bacille de Lœffler nous donneront le diagnostic assuré de ces ulcérations diphtéritiques.

Stomalité ulcéro-membraneuse.

Signalons aussi pour mémoire une autre affection ulcéreuse aiguë : la stomatite ulcéro-membraneuse qui, lorsqu'elle atteint le voile en même temps que l'amygdale (angine de Vincent), pourrait en imposer pour une lésion de nature bacillaire.

La marche de la maladie, l'examen d'un frottis éclaireront sur la véritable nature du mal.

Ulcérations typhoïdiques.

Survenant dans les premiers jours de la fièvre typhoïde, avant les taches rosées lenticulaires, ces ulcérations passent souvent inaperçues.

Une observation de Derignac nous montre la difficulté du diagnostic chez un typhique probable, porteur d'une ulcération du voile et qui présentait à l'ausculta-

tion des râles fins et humides assez abondants dans les deux côtés de la poitrine, avec localisation aux sommets. Le Professeur Kussmaul, en 1884, observe un cas dans lequel l'ulcère du voile fut pris pour une lésion tuberculeuse et l'erreur ne fut reconnue qu'à l'autopsie, le malade étant mort de perforation intestinale.

L'ulcération typhique unique ou bilatérale est superficielle, plutôt indolente, de petite étendue, à bords réguliers, congestionnés, taillés à l'emporte-pièce. Le fond est sans enduit, ni fausse membrane, lisse ou granité. La lésion guérit très vite (au bout de 2 à 3 jours) sans laisser de trace, sans engorgement ganglionnaire ni symptômes fonctionnels.

rs mali- Le diagnostic d'un sarcome ou d'un épithelioma ulcéré du voile et de la voûte palatine est habituellement facile. Ce sont des tumeurs bourgeonnantes, faisant saillie au-dessus du plan général de la muqueuse, dont l'ulcération est vaste et presque toujours unique. Le tissu environnant est infiltré, dur, plus ou moins bosselé ; l'ulcère lui-même est couvert de bourgeons indurés ; ses bords sont saillants et renversés en dehors, toujours prêts à saigner, son fond recouvert de tissu en voie de sphacèle, sécrète une sérosité très fétide. La tumeur fait corps avec les tissus ambiants et avec l'os.

Quand il y a perforation, elle est découverte avec le stylet qui indique la communication de la cavité buccale avec les fosses nasales.

Les douleurs sont lancinantes, très vives et surviennent à n'importe quel moment de la journée.

Au contraire, une ulcération bacillaire du voile don-

nerait au doigt une sensation d'infiltration molle plutôt que d'induration ; sa coloration est grisâtre, elle ne saigne pas d'habitude ; sa sécrétion est muco-purulente et ne présente aucun caractère de fétidité.

L'ulcération cancroïdienne est presque toujours isolée et donne lieu rapidement à un engorgement ganglionnaire localisé du même côté sous le maxillaire inférieur, trés dur, très douloureux, sans aucun phénomène inflammatoire. L'âge du sujet, son état général, son facies, nous seront utiles secondairement pour poser le diagnostic de tumeur maligne.

N'oublions pas l'examen histologique comme moyen de certitude dans les cas difficiles à reconnaître. Nous en avons un exemple dans une observation d'un malade venu du service de M. le Professeur Gross. Il s'agissait d'un homme qui présentait une vaste ulcération localisée au côté gauche du voile et du pharynx. Au premier examen nous avons pensé à une ulcération tuberculeuse, mais à l'examen histologique d'une parcelle de la lésion, un épithelioma du voile et du pharynx fut reconnu.

OBSERVATION (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé Jacques).

Epithélioma du voile du palais et du pharynx

M. M..., 54 ans, de Longuyon, est employé à la Compagnie de l'Est.

Il a encore son père qui est bien portant ; sa mère est morte de gangrène sénile à l'âge de 75 ans. Il eut deux sœurs qui moururent l'une à 18 ans de phtisie galopante, l'autre à 34 ans d'affection inconnue.

Marié, sa femme est bien portante ; il a 5 enfants vivants et bien portants.

Dans son enfance il aurait eu une pleurésie, puis une broncho-pneumonie il y a une dizaine d'années ; depuis cette époque il tousse presque continuellement, mais n'a jamais eu d'hémoptysie. Il n'a jamais eu de boutons sur le corps et nie tout accident spécifique, tout excès éthylique. Il a peu d'appétit.

C'est un homme de taille moyenne, de constitution délicate. Il y a 5 à 6 mois, il s'aperçut que les mouvements de déglutition étaient douloureux et remarqua sur le côté gauche du voile du palais quelques vésicules qu'il prit pour un abcès. Un médecin consulté constata une ulcération de nature bacillaire probable.

Actuellement la déglutition est très douloureuse et le passage des aliments solides est presque impossible. Le malade accuse aussi une douleur dans l'oreille gauche. Déjà depuis longtemps il avait un écoulement de cette oreille qu'il avait toujours négligé.

L'examen otoscopique montre une vaste perforation du tympan et une dénudation assez étendue des os de l'oreille.

A l'examen de la cavité buccale, nous constatons une ulcération siégeant du côté gauche ; elle s'étend sur tout le bord libre du voile palatin gauche et sur la face buccale du pilier antérieur jusqu'au niveau de la dernière molaire. Sa forme est très irrégulière, ses bords sont légèrement décollés, sans liseré, ni gonflement, le fond est irrégulièrement ulcéré, c'est-à-dire qu'il persiste un lacis de lambeaux de muqueuse pâle, entre les mailles duquel se voit l'ulcération bourgeonnante.

Le reste de la muqueuse palatine est normalement colorée ; par place cependant on voit de petites ulcérations grosses au plus comme une tête d'épingle.

Du côté droit du voile palatin se voit une cicatrice linéaire blanchâtre que le malade attribue à un accident.

On ne note pas de ganglions au niveau du cou.

On prélève des fragments de tissus au niveau de l'ulcération et l'examen histologique montre qu'il s'agit d'une tumeur maligne épithéliomateuse du voile et du pharynx.

Nous avons tenu à rapporter cette observation parce qu'elle montre combien le diagnostic des ulcérations bucco-pharyngées est difficile. Le premier médecin que le malade consulta à Longuyon fit de sa lésion une ulcération bacillaire probable ; ce diagnostic fut confirmé au premier examen, mais comme un léger doute persistait à cause des bourgeons assez colorés qui commençaient à se développer sur le fond de l'ulcération, on fit une biopsie qui démontra la nature exacte de la lésion.

Autant donc les affections cancéreuses du voile du palais et du pharynx sont faciles à diagnostiquer à la période d'état, quand les bourgeons sont saillants, que les tissus avoisinants sont infiltrés, les ganglions engorgés, autant leur début est insidieux et prête à confusion avec les ulcérations spécifiques ou bacillaire.

Nous n'avons en effet à la période de début aucun de ces signes qui permettent d'identifier la nature néoplasique de la lésion, et force nous serait en cas de doute d'attendre quelquefois pendant des mois la marche de l'affection pour déterminer sa nature exacte. Aussi l'examen histologique est-il à ce moment l'unique moyen qui nous permette de porter un diagnostic et un pronostic assurés.

erforant
ccal.

Comparable au mal perforant plantaire, le mal perforant buccal est une tropho-névrose ulcéreuse, atteignant principalement les tabétiques.

La lésion est caractérisée par l'ébranlement des dents, leur chûte spontanée, la résorption des alvéoles et du bord des maxillaires supérieur et inférieur. La sensibilité est accentuée dans la zone de distribution du trijumeau (les joues, la face) et autour de l'ulcération.

La surface de l'ulcère lui-même est très indolente, souvent la perforation est insidieuse et ne s'accompagne d'aucun symptôme grave. Elle est excentrique et siège près du bord alvéolaire, jamais elle n'est centrale. Qu'elle soit unique, ou bilatérale ses bords sont irréguliers, déchiquetés, sinueux ; l'os qui borde la perforation est sain ; la muqueuse est enflammée, si le malade ne soigne pas sa lésion, elle est blanche, lisse, comme fibreuse, dans le cas contraire. Les dimensions de la perforation sont assez considérables, comme un pois ou une pièce de cinquante centimes, et une fois formée elle ne peut plus guérir spontanément.

Dans la tuberculose ulcéro-perforante, la muqueuse avoisinant la perforation est ulcérée, labourée, toujours déchiquetée. Les ulcérations sont multiples. La muqueuse n'est pas fibreuse et blanche comme dans le mal perforant du palais, mais plutôt rouge-rose. Les bords de l'ulcère sont décollés et très amincis, souvent flottants à sa surface, entourés d'un liseré violacé. La situation moins latérale, la tendance à la guérison par bourgeonnement, si le traitement est approprié, l'absence de signes avérés ou frustes de tabes différencieront l'ulcération et la perforation tuberculeuses du **mal perforant buccal.**

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

Les premiers auteurs regardaient les ulcérations tuberculeuses de la bouche comme un signe précurseur d'une terminaison fatale. Des observations plus nombreuses et plus précises permettent aujourd'hui d'en appeler d'un arrêt aussi sévère.

Il est inutile de faire observer qu'on devra tenir compte avant tout de l'état général des malades et du degré des lésions pulmonaires habituellement plus ou moins concomitantes.

Lorsque la lésion reste locale, le pronostic est relativement très favorable.

Nous mentionnons des cas où des malades portaient d'anciennes cicatrices du palais sans se douter du mal qui avait guéri spontanément (Observations n° V, n° XIV).

D'ordinaire, malgré les efforts de la thérapeutique locale et générale habituellement appliquée, les ulcères

peuvent s'éterniser (Observations n° XI, n° XVI), guérissant sur un point pour reparaître à côté, ou bien dans un espace de temps plus ou moins long, le malade peut être emporté par une phtisie chronique ou aiguë.

Les auteurs signalent de rares guérisons parmi les cas de tuberculose primitive ou très peu développée.

Mais aujourd'hui d'assez nombreuses observations concernant des cas de gravité diverse tous considérablement améliorés ou plus souvent guéris, grâce à l'action de l'iode administré à l'intérieur à dose élevée, nous autorisent à formuler un pronostic plus favorable.

Comme complications nous citerons les perforations persistantes et les sténoses vélo-pharyngiennes.

Il y a deux cas à considérer dans les perforations bacillaires :

1° Ou bien la perforation est très peu étendue, l'obturation de l'orifice s'effectuant totalement. Ces cas sont très heureux et n'ont pas de suite ;

2° Ou bien la perforation est plus étendue et ne peut se combler en totalité. Il reste toujours un orifice de dimension variable, gênant plus ou moins la prononciation et la déglutition. Si la perforation atteint les piliers antérieurs ou les piliers postérieurs, comme nous l'avons observé parmi nos malades (Observation n° III), il n'existe aucune gêne de la prononciation ou de la déglutition.

Mais ce qui est plus grave parmi les suites des ulcérations tuberculeuses non traitées, ce sont les sténoses

cicatricielles. C'est une cicatrisation vicieuse caractérisée par des adhérences entre les parois postéro-latérales du pharynx et la face postérieure du voile du palais ; il s'ensuit une atrésie de l'isthme naso-pharyngien et de l'arrière-gorge (Observations nos X, XIII, VII, VIII).

Très souvent la luette est ratatinée, rétractée, ou bien, à sa place, il ne reste plus qu'un nodule cicatriciel, vestige de sa présence antérieure (Observations nos I, IV). Elle peut aussi manquer totalement (Observations nos XI, VIII).

Sur les piliers antérieurs et la paroi postérieure du pharynx, comme sur toute la surface de la muqueuse palatine, peuvent exister des cicatrices brillantes, mal délimitées, pâles ou blanchâtres, nacrées, légèrement déprimées ou non, assez lisses.

On observe aussi des soudures du voile du palais au vomer, ayant amené l'obstruction totale ou partielle des orifices postérieurs des fosses nasales (Deffenbach, Czarmak, Coulson, Lailler, Peter, Fougère, Bryck, etc.) (Observation X).

Des cas assez fréquents ont été observés où les brides cicatricielles ont provoqué la déviation du bord libre du voile.

Quelquefois enfin la lumière de l'oro ou de l'hypopharynx est assez diminuée pour qu'un bol alimentaire un peu volumineux ait quelques difficultés à passer.

Toutes ces conséquences peuvent être atténuées par une opération appropriée.

Ce qu'il faut observer en général, c'est que les cica-

trices consécutives aux ulcères tuberculeux guéris sont toujours moins épaisses, moins rétractiles, moins rapides dans leur établissement, et consécutivement moins difficiles à guérir que celles qui succèdent aux destructions causées par la vérole.

TRAITEMENT

CHAPITRE V

TRAITEMENT

En présence d'une ulcération ou d'une perforation bucco-pharyngée d'origine tuberculeuse, on est naturellement porté à prescrire le traitement général de la tuberculose et à recommander la triple cure de repos, d'aération et de suralimentation. Nous ne voulons pas insister sur cette triade thérapeutique dont la nécessité est aujourd'hui indiscutée. Nous ferons seulement remarquer que la troisième indication, celle de suralimenter le malade, est dans le cas particulier des plus difficiles à remplir. Outre l'anorexie et les troubles digestifs que présentent en général tous les tuberculeux arrivés à une certaine période, nous devrons tenir compte de la douleur que détermine le passage des aliments au niveau des parties ulcérées. Aussi faudra-t-il proscrire les aliments durs comme le pain, certains fruits crus, les aliments irritants comme les épices (moutarde, vinaigre), et insister sur les aliments liquides

ou pâteux. Cependant, nous avons remarqué que les malades atteints de perforations du palais ou d'ulcérations du bord libre du voile, déglutissent beaucoup plus facilement les aliments solides que les liquides, à cause du reflux fréquent de ces derniers dans les fosses nasales. En un mot, on s'attachera autant que possible à améliorer l'état général du sujet ; au besoin on pourra faire appel aux moyens médicamenteux généralement usités dans le traitement de la tuberculose et prescrire l'huile de foie de morue, l'arsenic, le phosphore, la glycérine, etc..., sous les formes pharmaceutiques habituellement usitées.

Contre l'agent infectieux lui-même, le bacille de Koch, nous sommes à peu près désarmés et les espoirs qu'avait un instant fait naître la bactériologie, sont encore à réaliser : le sérum antituberculeux est encore à trouver. Mais si nous ne pouvons qu'aider la nature à cicatriser les affections bacillaires profondément situées, comme celles qui atteignent les poumons et la plupart des autres viscères, il semble que nous pouvons agir localement sur les lésions bucco-pharyngées.

Pourtant ici encore la multiplicité des moyens employés nous donne à penser que ce mode de traitement est loin d'être infaillible. Nous laisserons au second plan le traitement des symptômes douloureux que présentent les malades. Le médecin devra, nous le répétons, prescrire à ses malades un régime aussi peu irritant que possible pour la muqueuse de la bouche et du pharynx. Ces cavités seront fréquemment détergées, surtout après le passage des substances alimentaires, au moyen de gargarismes et de collutoires antiseptiques,

alcalins et non irritants. Au besoin, pour atténuer les douleurs provoquées par la déglutition, on pourra faire des badigeonnages avec une solution de cocaïne au 1/10e, utiliser l'orthoforme, le diiodoforme, etc.

La thérapeutique active consiste dans des procédés plus énergiques : pour modifier les surfaces altérées, on pourra faire appel soit à des moyens physiques, soit à des agents chimiques. Parmi les premiers nous citerons le grattage et le curettage des parties malades, anesthésiées au préalable par une bonne cocaïnisation. Beaucoup sont partisans des cautérisations à l'aide du galvano-cautère. D'autres préfèrent avoir recours aux agents chimiques. Ceux-ci donnent assez souvent de bons effets et peuvent quelquefois procurer une prompte guérison. Ainsi on a employé les cautérisations au nitrate d'argent, à l'acide chromique, les attouchements au perchlorure de fer, au chlorure de zinc, au formol, au bleu de méthylène. Les applications d'acide lactique d'abord en solution faible, 20 p. 100 par exemple, puis en solutions plus fortes jusqu'à 80 p. 100, ont souvent fourni de bons résultats. Cependant d'une façon générale, tous ces moyens ne sont pas complètement satisfaisants et se montrent plus ou moins inefficaces.

Nous avons dit que le traitement médicamenteux par voie interne s'adresse surtout à l'état général, mais c'est en vain qu'on a tenté de guérir les ulcérations tuberculeuses en administrant la créosote et les sulfureux. Pourtant, il existe dans la *Revue de Moure* de 1906 (n° 12, p. 349), une observation intéressante de lupus du pharynx et de la luette guéri par l'arsenic.

Mais si la plupart des agents médicamenteux employés

dans le traitement général de la tuberculose ne donnent que peu de résultats, il en est un cependant sur lequel nous nous permettrons d'attirer spécialement l'attention. Nous voulons parler de l'iodure de potassium.

Nous n'ignorons pas que bien des opinions ont été manifestées à son endroit, et nous savons que ce médicament possède encore à l'heure actuelle ses partisans convaincus et ses détracteurs acharnés. Il ne nous appartient pas de prendre parti dans le débat, tant qu'il s'agit d'expliquer le mode d'action physiologique des iodures et leur action dans la tuberculose en général.

Mais nous pouvons affirmer, et les observations que nous rapportons en font foi, que l'iodure de potassium est, nous pouvons presque dire, un spécifique des ulcérations tuberculeuses de la bouche et du pharynx. Presque toujours il nous a été fidèle et la guérison a été obtenue en un espace de temps plus ou moins court. La cicatrisation se fait rapidement, et jamais nous n'avons observé de troubles de la santé imputables au médicament. Bien plus nos malades ont pu suivre leur traitement sans changer leur hygiène, ni modifier leurs occupations.

A la clinique d'oto-rhino-laryngologie de Nancy, dès que le diagnostic d'ulcération tuberculeuse chronique ou de lupus de la cavité bucco-pharyngée est porté, M. le Professeur Jacques prescrit l'iodure de potassium à dose assez élevée, ordinairement 2 grammes par jour en solution aqueuse dont le malade prend une cuillerée à soupe aux repas de midi et du soir. Ce traitement n'est pas appliqué bien entendu chez les phtisiques fébricitants ou hémoptoïques.

Les malades peuvent ainsi se traiter à domicile. Au bout de huit jours ils reviennent se montrer. En règle générale, une amélioration notable s'est produite. Les lésions ont pris un aspect tout à fait différent de celui qu'elles présentaient lors du premier examen. Les ulcérations sont détergées, elles ont pâli et insensiblement se recouvrent d'un fin lacis de tractus nacrés fibrillaires très délicats et transparents.

« Cette toile cicatricielle diaphane s'étend sur les « pertes de substance sans en modifier notablement la « conformation, en atténuant à peine l'état tomenteux « qu'elle aplanit seulement à la longue. » (Communication au Congrès des laryngologistes, M. le Professeur Jacques, Paris, mai, 1908).

La semaine suivante, 3e visite, les bords commencent à se cicatriser, les malades retrouvent leur appétit et reprennent leur embonpoint à vue d'œil. Quant aux douleurs provoquées par la déglutition, ils n'en parlent même plus. On continue l'administration de l'iodure de potassium pendant trois semaines et la suspend pendant huit jours, pour reprendre le mois suivant : trois semaines de cure et huit jours de repos. Au bout d'un mois ou deux, la cicatrisation s'est effectuée et la guérison suit de près.

A la rigueur, cette médication suffit, mais pour renforcer son action, on conseille aux malades des gargarismes fréquents antiseptiques ou alcalins, et trois fois par semaine on pratique des attouchements de l'ulcère à la glycérine iodée. On recommande aux malades de nettoyer souvent leurs dents. Des attouchements multiples à l'aide du galvano-cautère sont pratiqués sur la

lésion pour hâter la guérison, simultanément avec le traitement iodé simple.

Comment expliquer cette action pour ainsi dire spécifique de l'IK sur les ulcères tuberculeux de la cavité bucco-pharyngée ? Dira-t-on que c'est en agissant sur l'état général, en modifiant le terrain du sujet malade ; objectera-t-on que les guérisons observées ne sont qu'une série heureuse qu'on pourrait peut-être retrouver dans d'autres lésions tuberculeuses ?

Il y a longtemps, en effet, que l'iode et les iodures ont été vantés dans le traitement de la tuberculose ; bien maniés, ils peuvent donner, dans les formes torpides et apyrétiques, des guérisons réelles et durables. D'illustres médecins, comme Guéneau de Mussy et G. Sée, en ont obtenu d'excellents résultats.

Sans nier la valeur de cet argument, nous ferons observer cependant que la médication iodique, si active contre les lésions buccales et pharyngées, ne nous a donné que des résultats à peu près nuls dans le traitement des ulcérations tuberculeuses ou du lupus des autres parties du corps. C'est ainsi que le lupus du nez n'est aucunement influencé par l'emploi des iodures, et cependant les fosses nasales sont en communication large avec le pharynx. Il faut donc admettre que l'iode, outre son action générale sur l'organisme, agit d'une façon spéciale sur la muqueuse buccale. Il n'y a cependant là rien qui doive nous surprendre, si nous réfléchissons que les iodures introduits dans l'organisme s'éliminent en grande proportion par les glandes salivaires. Sans doute une partie est excrétée avec l'urine, la bile, la sueur ; mais une quantité notable d'iode est

mise en liberté au niveau de la parotide, de la sous-maxillaire, de la sublinguale et de toutes les glandes séreuses existant dans la muqueuse de la bouche ; il imprègne la salive qui constitue ainsi un milieu franchement antiseptique baignant constamment la muqueuse malade.

Administrés à l'intérieur, les iodures agissent donc en réalité comme des modificateurs locaux très actifs des surfaces par où ils s'éliminent. En les baignant constamment, ils finissent par les imprégner fortement. « Le pouvoir antiseptique de l'iode, dit M. Pouchet dans « son livre : *Iode et iodiques*, participe à la fois de l'ac- « tion locale et de l'action diffusée. Ce pouvoir est con- « sidérable et l'iode constitue un précieux agent d'anti- « sepsie, autant par son influence stérilisante sur le « terrain que par son action antiseptique sur les pro- « duits d'élaboration ».

Les résultats obtenus et notés dans nos observations, la plupart prises à la clinique rhino-laryngologique de Nancy, ont été confirmés par d'autres observateurs. L'année qui suivit la communication de M. le Professeur Jacques « Traitement des scrofulides ulcéreuses bucco-pharyngées », K. Grünberg de son côté publiait les résultats de ses recherches faites à la clinique de Kœrner, à Rostock (1). Il résume dans les conclusion suivantes les résultats de son expérience :

(1) K. Grünberg. — Über den günstigen Einfluss des innerlichen Gebrauches von Jodkali auf die Tuberculose der oberen Luftwege ; in Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 1907, Bd. 53, H. 4. — Traitement de la tuberculose du nez et du pharynx par le mercure et l'iodure de potassium. In Münchner Medizinische Wochenschrift, n° 34, 1907.

1° La tuberculose primitive (ascendante) des voies aériennes supérieures est, dans beaucoup de cas (mais non dans tous), heureusement influencée et guérie par l'usage interne de l'iodure de potassium, avec ou sans traitement local simultané ;

2° Comme la tuberculose en question est susceptible de guérir aussi spontanément, on ne peut attribuer avec une certitude absolue la guérison à la seule médication iodée ; toutefois comme cette heureuse modification survient souvent très rapidement, même dans les cas rebelles aux autres moyens thérapeutiques, il est à peine permis de douter qu'elle doive être attribuer à l'action de l'iode.

3° En tous cas, dans les cas d'un diagnostic douteux, l'heureuse influence de l'iodure sur les lésions ne saurait permettre de conclure à la syphilis.

Enfin dans une récente communication écrite particulière, le Dr Tretrôt d'Anvers, émettait, lui aussi, l'opinion formelle qu'en aucun cas le succès du traitement antisyphilitique contre les lésions ulcéreuses de la gorge n'autorisait à affirmer la nature syphilitique de cette affection.

Les accidents iodiques habituels (acné, coryza, gingivite, etc...) n'ont rien ici de particulièrement redoutable et justifient simplement une certaine discrétion de la posologie individuelle du médicament. Pour ce qui est de l'influence nocive de l'iode à dose moyenne ou élevée sur le poumon tuberculeux, la question mérite ici un plus mûr examen. Sans pouvoir confirmer l'opinion des phtisio-thérapeutes, actuellement assez nombreux, pour qui l'introduction dans l'organisme du phti-

sique d'une dose quotidienne relativement élevée d'un produit iodé (iodipine en particulier) constitue l'élément essentiel du traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire, l'observation de tous nos malades nous porte à penser que les craintes relatives à l'usage interne du métalloïde sont plus théoriques que légitimes. Aucun de nos sujets n'a vu son affection pulmonaire défavorablement influencée par une dose quotidienne d'iodure alcalin de 2 grammes. Aussi estimons-nous que cette médication est applicable, sous les réserves formulées plus haut (congestifs et fébricitants), à tous les tuberculeux porteurs d'ulcères chroniques de la gorge.

OBSERVATION I. (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé Jacques.)

Perforations et ulcérations bacillaires du voile du palais.

Mme T. Lucile, 29 ans, domestique à Nancy, vient consulter le 25 mars 1906, au service des maladies de la gorge.

Les parents sont vivants et bien portants. Une sœur morte à 27 ans des suites d'une salpingite.

Elle aurait été toujours bien portante. Mariée à 21 ans, elle a fait une fausse couche d'environ trois mois. Depuis elle n'a pas eu d'enfant. Son mari est vivant et bien portant. Elle-même n'aurait éprouvé aucun accident syphilitique. Il y a 9 mois, elle a eu mal à l'oreille gauche avec suppuration.

La maladie actuelle avait commencé par une douleur au palais, il y a 6 mois. A ce moment, au dire de la malade, ont apparu de petits boutons blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle qui se sont ulcérés; d'abord disséminés, ils se sont réunis en une ulcération de la dimension d'une pièce de 0 fr. 50 environ.

Tout le pourtour de cette ulcération aurait été rouge. Trois ou quatre jours après l'apparition de cette ulcération et à son niveau la malade a remarqué une petite perforation qui s'agrandit de jour en jour ; elle avait, au début, les dimensions d'une tête d'épingle.

Depuis un mois, les aliments passent par le nez. La voix est nasonnée. La malade se plaint d'une dysphagie très douloureuse

Femme de constitution bonne, légèrement amaigrie, pâle, tousse tous les hivers, n'a cependant jamais eu d'hémoptysie.

A l'auscultation, on entend une inspiration rude, avec expiration soufflée aux deux sommets en avant et en arrière.

A l'examen du voile du palais, nous constatons que toute la surface est œdématiée, rosée, en même temps elle est déchiquetée, creusée de sillons ulcéreux, dont les bords sont décollés.

Du côté droit, toujours sur le voile du palais, à un 1|2 cm. de la ligne médiane, on voit une perforation de forme irrégulièrement ovalaire à grand axe antéro-postérieur, à bords légèrement décollés, d'où partent des trajets ulcéreux, dans toutes les directions, couverts d'un enduit grisâtre et sale. Un de ces trajets se continue jusqu'à l'arcade dentaire, au niveau des dernières molaires.

Une perforation plus petite de la dimension d'une petite lentille existe du côté gauche au voisinage de la base de la luette. Les deux perforations communiquent avec la cavité nasale. Les gencives des dernières grosses molaires sont ulcérées et fortement tuméfiées. Le bord droit et libre du voile du palais est rouge, frangé. La luette est déformée, bourgeonnante, accolée au côté gauche du voile. Il ne reste plus qu'un vestige de cet organe.

Nous constatons la présence de nombreux ganglions tout le long du bord des muscles sterno cléido-mastoïdiens droit et gauche. Au-dessous du lobule de l'oreille gauche, dans la région parotidienne, se trouve un ganglion de la grosseur d'une noix, rouge, enflammé, en voie de suppuration.

Oreille gauche : tympan rétracté, scléreux. Oreille droite : tympan normal.

L'examen général de la malade, et spécialement l'inspection des téguments, ne montre aucune lésion attribuable à une syphilis en évolution ou guérie.

Malgré l'absence de commémoratifs personnels spécifiques et en dépit de l'aspect et de l'évolution des accidents ulcéreux bucco-pharyngés, on institue pendant 10 jours un traitement d'épreuve mixte per os :

Le 15 Avril 1906, l'état des lésions ne s'améliorant pas, on cesse le traitement mixte.

Le 19 Avril, on le remplace par le traitement ioduré simple : 2 gr. d'iodure de potassium par jour.

Le 29 Avril 1906, nous avons revu la malade et constaté une amélioration très notable. Les parties ulcérées ont meilleur aspect.

Les perforations existent encore, mais les bords sont plus réguliers et détergés. Le fond des ulcères est nettoyé. La petite perforation est presque complètement comblée par bourgeonnement de ses parois.

Le 10 Mai 1906, l'amélioration continue. Seule, la grande perforation existe encore. Tous les sillons ulcérés sont rétrécis et régularisés. Renouvellement de la potion iodurée simple.

Le 28 Mai 1906, l'amélioration est considérable. La malade continue la potion.

Le 10 Juin 1906, la grande perforation semble rétrécie ; elle a les dimensions d'une petite lentille. Les bords sont réguliers et ont bon aspect. Les sillons ulcérés sont cicatrisés, comblés et aplanis et il ne reste plus que quelques cicatrices blanchâtres, nacrées à leurs places.

Le 18 Juin 1906, la malade est partie, conservant encore une petite perforation qui ne la gêne nullement pour avaler. On suspend le traitement ioduré pendant huit jours.

Le 28 Juillet 1906, reprise de la potion. La perforation existe, mais diminuée. Elle admet à peine le passage d'un stylet. Les liquides ne refluent plus par le nez; la voix est légèrement nasonnée. L'état général est excellent. La malade a retrouvé l'appétit, elle a augmenté de plusieurs livres.

Le 20 Novembre 1906, nous revîmes la malade qui va tout à fait bien, mais il existe encore comme vestige de la grande perforation un petit pertuis cicatriciel à peine perméable. Une épingle pourrait difficilement y passer. On fait continuer la potion iodurée.

Depuis cette époque, la malade n'est pas revenue à la consultation.

OBSERVATION II (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé JACQUES).

Perforation du voile membraneux avec ulcérations de la paroi postérieure du pharynx.

Madame M. B., 26 ans, journalière, entre au service des maladies de la gorge, le 1er Mars 1905, pour dysphagie douloureuse. Elle se plaint en outre de dyspnée nocturne et tousse beaucoup. Depuis 22 mois, elle présente de l'aménorrhée, a beaucoup maigri, mais ne transpire pas la nuit. Ne présente pas d'adénopathie.

L'examen objectif de la malade nous révèle les signes suivants:

Voile et Voûte palatins. — Perforation à droite, à 1 cm. du bord libre du voile de la dimension d'un petit pois, entourée de points blanchâtres de la dimension d'une tête d'épingle. Les bords sont décollés, irréguliers.

Paroi postérieure du pharynx à droite. — Ulcération verticale, 2 cm. de long, très étroite, 5 mm. de large ; à fond blanc-grisâtre, sanieux, assez profond, bords légèrement décollés, entourée d'un liseré lie-de-vin.

Larynx. — L'épiglotte est rouge, œdématiée, irrégulière et

présente une fissure sur la face laryngée. Les cordes vocales sont rouges, la paroi postérieure du larynx porte une ulcération bourgeonnante descendant jusqu'entre les cordes. Végétations sur les bandes ventriculaires, surtout marquées à gauche.

Rhinoscopie antérieure. — Rhinite hypertrophique. Muco-pus dans la fosse nasale droite.

Auscultation. — Inspiration rude en avant sous la clavicule droite. Fosse sus-épineuse droite, inspiration rude, expiration soufflée sans modification après la toux.

Sa mère est morte d'une tuberculose pulmonaire. La malade nie tout antécédent spécifique. Pouvant soupçonner une infection syphilitique, on prescrit le traitement hydrargyrique (huile grise) malgré l'absence de commémoratifs.

Le 8 Mars 1905, état stationnaire des lésions précédentes, mais à droite et en bas de la fissure pharyngienne, on note une tuméfaction rouge vif, montrant à peu près en son centre un point jaunâtre. Seconde injection d'huile grise.

Le 25 Mars 1905, la malade se présente de nouveau à la consultation, ayant reçu deux injections d'huile grise à huit jours d'intervalle. Les lésions paraissent être le siège d'une poussée congestive générale, avec exagération des troubles subjectifs, ce qui décide à abandonner le traitement hydrargyrique et à faire des détersions locales avec un antiseptique (glycérine iodée), en raison des multiples streptocoques trouvés à leur surface.

Au palais membraneux, la perforation paraît avoir tendance à s'agrandir ; les bords sont rouges et tuméfiés. Son pourtour est parsemé de petites granulations blanchâtres. A gauche de la ligne médiane apparaît une tuméfaction volumineuse et dure au toucher.

A la paroi postérieure du pharynx, la grande rhagade est plus profonde et ses bords plus rouges. La seconde ulcération apparue

depuis huit jours, se détache également sur un fond très rouge. Elle a les mêmes caractères que la première.

L'épiglotte est toujours très enflammée ; la lésion qu'elle présente sur sa face laryngée persiste toujours ; sur la bande ventriculaire gauche, la lésion a les mêmes caractères qu'au pharynx. On institue la médication iodurée interne en prescrivant une dose quotidienne de 2 gr. d'iodure de potassium.

Le 10 Avril 1905, nous remarquons deux granulations blanchâtres saillantes, dures au toucher qui sont apparues au voisinage de la perforation du palais membraneux, mais de l'autre côté du raphé.

Les ulcérations situées sur la paroi postérieure du pharynx se détergent. La malade sent que son état s'améliore.

Le 17 Avril 1905, la perforation de la voûte cesse de s'étendre. Les bords sont décollés. Une ulcération ovalaire qui existe sur la ligne médiane du palais osseux, est entourée d'un liseré rouge, étroit qui la fait ressembler à une aphte. Les ulcérations de la paroi postérieure du pharynx sont cicatrisées.

Au larynx, l'ulcération de la corde gauche existe toujours, ainsi que les pertes de substance de l'épiglotte. Des granulations s'étendant aux deux cordes, rétrécissent l'isthme respiratoire. La malade a du tirage qui ne fait que s'accentuer tous les jours. On supprime la potion pour quelque temps.

On pratique la trachéotomie le 28 Avril 1905, sans incident opératoire. Le 3 Mai 1905, sur la voûte, l'ulcération principale est détergée, son fond est bourgeonnant, ses bords sont décollés. L'ulcération antérieure reste stationnaire. Deux ou trois nouvelles pertes de substance recouvertes d'enduit jaunâtre, grosses comme une tête d'épingle, apparaissent au voisinage de la première ulcération. Sur la paroi postérieure du pharynx, une ulcération de la dimension d'une lentille s'est creusée à gauche. Le 3 Mai, la potion iodurée est instituée de nouveau, 2 gr. par jour

La malade est examinée le 17 Mai 1905. On constate que les ulcérations palatines sont complètement cicatrisées. Le fond de ces cicatrices est légèrement blanchâtre, rose-pâle.

Les ulcérations de la paroi postérieure du pharynx ont disparu sans laisser de cicatrices apparentes. La décongestion du larynx est nette ; l'ulcération à gauche est toujours visible. La perforation du voile du palais est sensiblement diminuée, ses bords présentent quelques bourgeons cicatriciels. Sa lumière n'est pas encore complètement effacée.

L'état général est très amélioré. Plus de douleur à la déglutition ; l'appétit est revenu ; la malade peut marcher sans fatigue, elle se sent à l'aise. Seule, l'irritation des bords de la plaie trachéale lui cause quelques ennuis. Elle continue sa potion 20 jours sur 30 du mois.

Le 1er Juillet 1905, la malade vient à la consultation. La perforation est complètement comblée par des tissus de nouvelle formation. A sa place, nous remarquons une légère opalescence de la muqueuse avec dépression. Tout le reste de la muqueuse buccale est normalement cicatrisé sans aucun relief, ni bride déformante.

Si les lésions que présentaient ces 2 malades, avaient été de nature spécifique, le traitement hydrargyrique, institué sous forme d'injections d'huile grise pratiquées à 8 jours d'intervalle, aurait amené au bout de 15 jours, une légère amélioration ; loin de là, 3 semaines après la première injection, l'état général et local de la malade avait empiré. Ce fut alors que nous instituâmes le traitement ioduré, et sous son influence une amélioration notable ne tarda pas à se manifester ; la perforation du voile cessa de s'agrandir et tendit à se combler. L'absence de commémoratifs syphilitiques

avec l'échec du traitement hydrargyrique, la présence des caractères objectifs, des ulcérations et des perforations que nous retrouvons ici, en plus les lésions pulmonaires que présentent les malades elles-mêmes, nous donnent le droit de porter le diagnostic de tuberculose bucco-pharyngée.

OBSERVATION III (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé Jacques).

Lupus du nez avec ulcérations bacillaires bucco-pharyngées et perforation du bord libre du voile du palais.

Mlle R. F.., 22 ans, sans profession, habitant Commercy.

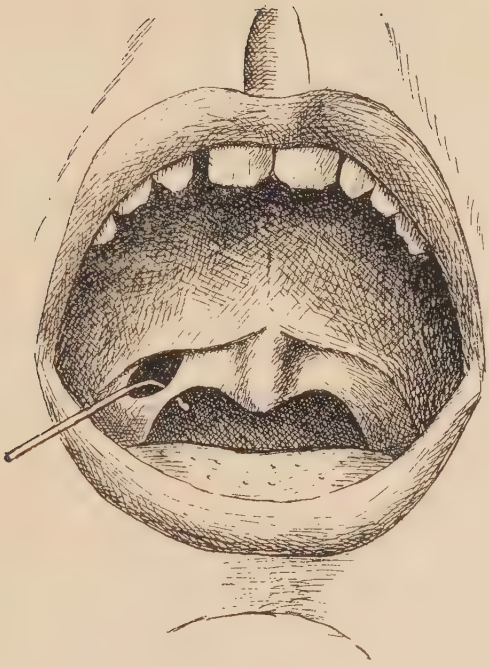
Sa mère est morte diabétique ; son père est bien portant ; elle a un frère et 3 sœurs en bonne santé.

Elle-même a un bon état général ; de constitution robuste, de taille moyenne, elle n'a jamais fait de maladie grave. Cependant elle toussait un peu chaque hiver, mais depuis deux ans, cette toux à disparu. Elle n'a jamais eu de boutons sur le corps et ne présente aucune trace de syphilis.

Rien d'anormal aux poumons.

Il y a 6 ans, elle vint à l'hôpital pour un mal de gorge avec aphonie et dysphagie très douloureuse. Pendant deux ans, on la traita par des inhalations et des cautérisations dans la gorge qui donnèrent un bon résultat : la voix revint et la dysphagie s'améliora.

Il y a 3 ans, c'est-à-dire après un an de guérison, il lui survint sur le palais et sur la langue de petits boutons blanchâtres de la dimension d'une tête d'épingle et très douloureux, au point d'empêcher toute alimentation solide, et de provoquer un amaigrissement notable. Ces boutons durèrent environ une semaine et donnèrent lieu à des ulcérations à bords irréguliers, amincis et



Perforation du bord libre du voile,
consécutive à la tuberculose ulcéro-perforante du palais
(Observation n° III).

décollés, qui s'étendirent assez rapidement ; il se produisit même une perforation du bord libre du voile membraneux, du côté droit, près du pilier postérieur.

La malade s'étant présentée à la consultation, on lui prescrivit une dose journalière de 2 gr. d'IK. Une amélioration notable se manifesta très rapidement; bientôt, les ulcérations étaient guéries, et la perforation s'était sensiblement rétrécie.

Enfin, il y a deux ans, la malade présenta un écoulement des deux oreilles, en même temps qu'elle se plaignait de douleurs dans le nez: la pénétration de l'air dans les narines était gênée et douloureuse. Puis survint du gonflement du tégument externe du nez, gonflement qui persiste encore en partie.

Les orifices narinaux furent complètement obstrués. On porta le diagnostic de lupus, et on le traita par des curettages régulièrement pratiqués deux fois par semaine ; la lésion s'améliora légèrement et l'écoulement d'oreille disparut.

Le 18 avril 1908, la malade revient au service pour son lupus du nez qui s'est étendu. Elle présente : de la surdité par suite de son otorrhée, et d'une atrésie cicatricielle de l'isthme naso-pharyngien et des orifices des trompes. Au niveau de la gorge on remarque, à la place des anciennes ulcérations, des petites cicatrices blanchâtres, de niveau avec les parties voisines. La fosse amygdalienne droite est complètement évidée ; le pilier postérieur droit est verticalement fissuré avec une portion principale soudée à la paroi postérieure du pharynx et un bord libre formant une bride en forme de pont que le stylet peut contourner.

A gauche, l'amygdale est complètement évidée. Le pilier postérieur de ce côté est adhérent.

On note une atrésie marquée des narines et une adhérence du cornet moyen droit à la cloison.

On pratique un curettage du lupus et des attouchements au galvano-cautère. Des mèches de gaze iodoformée sont introduites

dans les narines. L'examen histologique des débris de muqueuse ramenés par le curettage montre quelques bacilles de Koch.

La malade resta pendant une semaine en traitement à l'hôpital.

A son départ, la malade est en bonne voie d'amélioration.

En résumé, voilà une malade qui a présenté successivement une lésion du larynx qui dura 2 ans. Après un an de guérison, nouvelles ulcérations au niveau de la cavité buccale qui se cicatrisent en quelques semaines sous l'influence du traitement ioduré.

Enfin l'année suivante, apparition d'un lupus du nez dont l'examen histologique démontre nettement la nature bacillaire.

Nous croyons pouvoir affirmer rétrospectivement que toutes ces ulcérations étaient de même origine. Tout d'abord, cette lésion laryngée qui fut la première en date, dura trop longtemps et présenta des caractères trop marqués d'aphonie et de dysphagie sans rémission pour n'être qu'une laryngite chronique simple. D'autre part, sa guérison sans l'intervention du traitement mercuriel ou mixte par des moyens purement locaux, l'absence de signe de spécificité nous forcent à éliminer l'hypothèse d'une laryngite syphilitique. Nous savons, en effet, que les lésions de cette nature sont d'un pronostic grave et qu'elles ne guérissent à peu prés jamais sans le traitement mercuriel ou sans laisser des cicatrices défectueuses.

Les ulcérations survenues au niveau de la cavité buccale doivent se rattacher à la même origine, et nous pensons qu'ici encore c'est le bacille de Koch qu'il faut

incriminer. Les caractères de ces lésions bucco-pharyngées sont en effet ceux que nous avons assignés aux lésions tuberculeuses, et enfin la signature de la maladie nous est fournie par l'apparition du lupus nasal.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé JACQUES.)

Perforation du voile du palais avec cicatrices lupiques.

Mme M., 28 ans, brodeuse, se présente le 16 Décembre 1908 à la clinique d'oto-rhino-laryngologie, se plaignant de troubles de la phonation et de toux durant depuis deux à trois semaines.

Son père aurait succombé à une pleurésie à l'âge de 48 ans ; sa mère tousse beaucoup et présente, aux dires de la malade, des crises d'étouffement nocturnes. Elle eut trois frères, dont un mort rachitique à deux ans et demi, les deux autres sont actuellement bien portants.

Son mari est bien portant ; elle a eu deux enfants : le premier mort à l'âge de 6 semaines, de cause inconnue. Le second enfant vivant est une fille âgée de 9 ans, de santé délicate ; elle tousse chaque hiver et a été soignée à la clinique de médecine infantile pour anémie.

Elle-même aurait été traitée à l'âge de 12 ans pour de l'entérite et des phénomènes de cystite. Bien réglée, elle n'a jamais eu de fausses couches. Pas de boutons sur le corps, ni aucune plaie suspecte. Depuis quelque temps, la malade dit avoir maigri et se plaint de sudation nocturne ; pas d'hémoptysie. Elle n'a plus d'appétit. C'est une femme de constitution assez faible, légèrement amaigrie ; les clavicules sont saillantes.

A la percussion des sommets, légère diminution de la sonorité du côté droit. L'inspiration est rude, l'expiration prolongée du même côté. Depuis une dizaine de jours elle a ressenti des picote

ments dans la gorge et de la douleur à la déglutition. Quand il y a trois jours, elle s'est aperçue qu'elle parlait mal, sa voix semblait venir du nez ; en même temps elle avait de la régurgitation des liquides par le nez. Le lendemain, elle eut des accès de toux avec expectoration abondante, en même temps qu'elle mouchait des caillots de sang.

Actuellement, elle présente à droite de grosses masses ganglionnaires sous-angulo maxillaires et préauriculaires, assez douloureuses au palper. Depuis une quinzaine de jours, elle est atteinte de coryza qu'elle attribue à un refroidissement.

Elle n'aurait jamais souffert de la gorge, cependant on note sur la ligne médiane du palais membraneux, à 1|2 cm. environ de la limite du palais osseux, une perforation de la dimension d'un haricot de forme irrégulièrement allongée. Les bords sont rouges, légèrement décollés ; la paroi de l'orifice est frangée, irrégulière, et l'on voit flotter dans la lumière de la perforation de petites languettes de muqueuse. On note une rougeur diffuse s'étendant à 2 cm. environ tout autour de la perforation qui fait communiquer la bouche avec la cavité nasale.

La luette a un aspect cicatriciel et adhère à la paroi postérieure du pharynx, ainsi que les piliers postérieurs. Il existe encore à la base du pilier antérieur gauche une petite ulcération anfractueuse de la dimension d'une lentille. Le pôle supérieur de chaque amygdale est détruit par le lupus, et notamment l'extrémité supérieure de l'amygdale gauche présente un aspect cicatriciel.

On prescrit le traitement ioduré à la dose de 1 gr. par jour et les badigeonnages à la glycérine iodée.

Le 8 janvier 1909, la malade vient à la consultation. Nous constatons que la lumière de la perforation s'est régularisée ; il n'existe plus la moindre irrégularité des parois de l'orifice qui se sont détergées. La petite ulcération siégeant à la

base du pilier antérieur gauche n'existe plus, guérie sans avoir laissé de cicatrice.

Nous revoyons la malade le 12 Février 1909. Pendant deux semaines elle a cessé le traitement ioduré qu'elle a repris depuis 5 jours. Elle nasonne encore et se plaint d'enchifrènement.

Voici ce que nous constatons : la perforation qui siégeait sur le voile du palais a disparu, comblée par le bourgeonnement de ses parois, à peine reste-t-il comme dernier vestige, un petit pertuis, si fin qu'il ne saurait admettre l'extrémité d'un stylet. A la place de la perforation se voit maintenant une ulcération à fond mamelonné et tomenteux, à bords irréguliers et décollés. La muqueuse environnante est rose-pâle et ne présente aucun signe de réaction cicatricielle.

L'épiglotte est amincie ; le larynx ne présente rien d'anormal.

A l'inspection des orifices narinaux, on constate des lésions, de folliculite chronique.

Nous pratiquons au niveau de l'ulcération quelques légers points de galvanocautère pour accélérer la marche de la cicatrisation.

La malade continue à prendre la potion.

Bien que nous ayons recommandé à la malade de revenir se montrer à la consultation de temps à autre, nous ne l'avons pas revue depuis le 12 Février ; mais vu l'état des lésions, à cette époque, en bonne voie de guérison, il est à supposer que la malade, complètement guérie actuellement, aura jugé inutile de venir de nouveau à l'hôpital.

Nous tenons à préciser la nature de la lésion présentée par cette malade. Sans doute, le début indolent de l'affection, l'absence d'ulcération au pourtour de la perforation, l'existence d'une folliculite chronique des narines pourraient nous faire penser à la syphilis,

malgré l'absence de tout autre signe. Cependant si l'on considère l'aspect même de la perforation, les bords décollés, amincis, sa forme irrégulière avec des languettes de muqueuse flottant dans la lumière de la perforation, on reconnaît bien plutôt là les caractères de la perforation bacillaire. Ce qui nous confirme encore dans cette idée, ce sont les caractères d'un lupus siégeant sur les piliers antérieurs et ayant détruit les pôles supérieurs des deux amygdales.

Nous savons, en effet, que le lupus des amygdales commence par leur partie supérieure, arrive souvent à les détruire et laisse à leur loge évidée un aspect cicatriciel. Enfin des lésions syphilitiques ayant détruit l'amygdale ne se seraient pas cicatrisées pendant que l'affection palatine progressait. Les ulcérations tuberculeuses, au contraire, (le lupus surtout), possèdent au plus haut chef ce caractère de guérir en un point. tandis qu'un peu plus loin elles sont en plein développement.

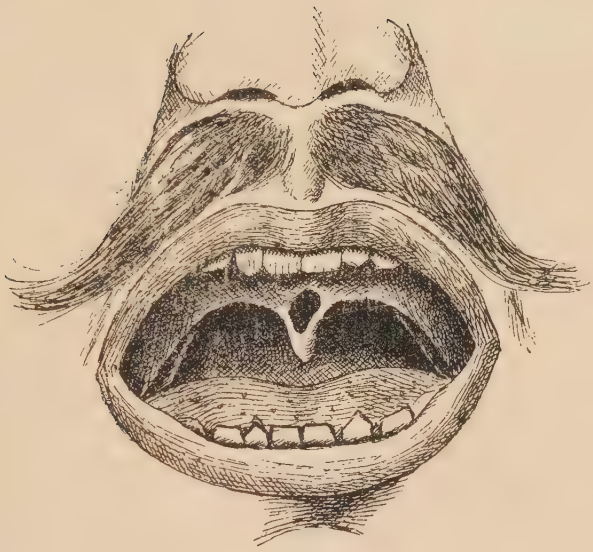
OBSERVATION V (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé JACQUES)

Perforation siégeant à la base de la luette ; état cicatriciel de la muqueuse palatine.

M. Ch., 21 ans, soldat au 26e régiment d'infanterie à Nancy. Ses parents sont bien portants. Une sœur morte à l'âge de 16 mois d'une entérite ; il a encore deux frères en bonne santé.

Il ne se rappelle pas avoir jamais été sérieusement malade. Il y a un an, il aurait subi à Paris une adéno-amygdalotomie. Le malade n'a jamais eu d'éruptions sur le corps et ne présente aucune



Perforation siégeant à la base de la luette
consécutive à la tuberculose ulcéro-perforante
du voile du palais (Observation n° V).

trace de syphilis. Tousse un peu chaque hiver, sans avoir de sudations nocturnes, ni d'hémoptysie et a toujours eu bon appétit. Néanmoins depuis 9 mois qu'il est au régiment, il aurait maigri de 11 kilogr.

C'est un homme assez robuste qui paraît anémié et déprimé. Il vient à la clinique d'oto-rhino-laryngologie le 8 juillet 1908 pour de la surdité et de l'otorrhée de l'oreille droite. Nous trouvons de ce côté une perforation du tympan et des polypes du conduit. A gauche, le tympan est translucide, humide, aminci, appliqué sur le promontoire (tympan adénoïdien).

Le malade n'a jamais remarqué quoi que ce soit d'anormal du côté du voile du palais. C'est par hasard que nous découvrons en examinant la cavité buccale la paroi postérieure du pharynx tapissée par du muco-pus ; cependant sur la muqueuse de tout le voile palatin, on remarque de petites cicatrices étoilées, blanc-nacrées, comme incrustées dans la muqueuse sans autre relief, ni déformation, ainsi que de nombreux petits points gros comme des grains de millet, qui sont des follicules enflammés.

Le bord libre du voile, au niveau de la base d'implantation de la luette, est divisé sur une longueur d'un 1/2 cm. La luette est presque détachée du voile et ne tient plus que par deux minces lambeaux de muqueuse.

A la rhinoscopie postérieure, on trouve sur la face supérieure et le bord libre du voile du palais une ulcération de la dimension d'un pois, à bords assez nets, irréguliers, amincis et décollés. Il n'existe pas tout autour de zone inflammatoire et l'ulcération ne saigne pas facilement au contact. On voit sur la surface de petits bourgeons rosés.

L'amygdale palatine est ulcérée et porte des traînées de pus. Ces lésions peuvent nous expliquer l'état précédemment noté du tympan gauche.

Ajoutons que l'examen de l'appareil respiratoire n'a rien révélé d'anormal.

En dépit de l'examen négatif du thorax, il semble bien qu'il s'agit ici d'un lupus de la cavité buccale, ainsi qu'en témoignent les cicatrices blanchâtres étoilées que nous avons notées encastrées dans la muqueuse sans faire à sa surface ni saillie, ni sillon ; l'ulcération qui siège à la face supérieure du voile, n'offre non plus aucun caractère permettant de lui attribuer une origine spécifique.

Enfin l'amaigrissement rapide et notable qu'a présenté ce jeune soldat ne saurait s'expliquer que par l'action des fatigues du métier militaire agissant sur un terrain imprégné par le virus tuberculeux. Peut-être aussi pourrait-on songer à une infection locale accidentelle.

Comme nous le remarquons, le lupus peut exister à l'insu des malades et rester tout à fait ignoré d'eux. Au cas présent, si nous n'avions pas examiné la gorge du malade, ce lupus nous aurait échappé comme il avait échappé à celui qui le porte à cause de son indolence. Il n'avait en effet jamais rien ressenti qu'une légère cuisson lors de la déglution des liqueurs fortes.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé Jacques)

Ulcérations et perforation tuberculeuses vélo-palatines.

M^me^ H., nous est adressée par son médecin, le D^r^ G., de Saint-Dié, au début de mars 1906, pour une obstruction nasale durant depuis deux mois environ et consécutive en apparence à une grippe, accompagnée de bronchite bacillaire. La malade mouche abondamment des mucosités purulentes, parfois croûteuses. L'exa-

men des fosses nasales révèle un catarrhe hypertrophique diffus avec suintement muco-purulent de la région du méat supérieur et du sphénoïde.

Il s'agit vraisemblablement d'une poussée de rhino-sinusite grippale en régression, avec persistance des phénomènes infectieux du côté des annexes postéro-supérieures.

L'auscultation du thorax révèle un peu d'obscurité du murmure vésiculaire au sommet gauche ; à droite, l'inspiration est rude et l'expiration prolongée.

Des inhalations antiseptiques et décongestives sont prescrites, qui améliorent assez vite la situation pour que la malade trouve inutile de venir nous voir dans les quinze jours comme il lui a été recommandé.

Tout semblait terminé, quand cinq semaines plus tard environ, survint une nouvelle rechute de bronchite avec laryngite, au décours de laquelle, vers le début de mai, la malade commença à éprouver de la gêne, avec un peu d'ardeur au palais en mangeant. Ces troubles s'accentuèrent et se compliquèrent d'embarras rhino-pharyngien avec un certain degré de dyspnée nasale prédominante à droite.

A l'inspection, on remarque de la rougeur diffuse du voile, avec maximum vers le centre. Au voisinage de l'attache palatine du voile, existent deux pertes de substance symétriques, situées de chaque côté de la ligne médiane, ovalaires, à grand axe sagittal, séparées par un pont mince de muqueuse.

L'ulcère gauche est plus étendu et mesure 18 mm. sur 10 mm.; celui de droite, 10 mm. sur 6 mm.

Les bords qui comprennent toute l'épaisseur de la muqueuse, présentent un contour irrégulier, en dents de scie émoussées.

Le fond est plat et couvert d'un enduit pseudo-membraneux gris-jaunâtre, assez adhérent. L'ablation de cet enduit découvre le stroma du voile, fibrillaire, dissocié, rose-pâle piqueté de rouge.

Entre les fibres de l'aponévrose vélo-palatine, le stylet pénètre à gauche dans la cavité d'un abcès du volume d'un pois, au travers duquel il s'enfonce jusque dans le rhino-pharynx.

Sur le dos du voile, à la rhinoscopie postérieure, pas d'ulcération visible, mais rougeur diffuse.

Sur le plancher nasal et la racine de la cloison à droite, à partir de l'orifice narinal jusqu'à la profondeur de 25 mm., on constate, à la rhinoscopie antérieure, une érosion recouverte d'un enduit pseudo-membraneux, jaunâtre, adhérent.

La lèvre supérieure est un peu tuméfiée au voisinage de la narine.

Le catarrhe muco-purulent ethmo-sphenoïdal paraît guéri.

A l'auscultation, on constate des craquements secs au sommet droit avec obscurité persistante de la respiration.

L'étude des antécédents personnels de la malade ne révèle aucun signe d'infection syphilitique. C'est au contraire une tuberculeuse avérée à peine remise d'une rechute récente.

L'aspect des ulcérations vélo-palatines autant que les antécédents bacillaires, nous font porter le diagnostic d'ulcérations tuberculeuses du voile, d'autant plus qu'un examen attentif des amygdales palatines révèle, à leur surface, l'existence de fins tractus cicatriciels blanchâtres, recouvrant des pertes de substance anciennes vraisemblablement lupiques.

On prescrit alors des attouchements iodés des ulcérations palatines, des aspirations nasales de vaseline iodolée et une dose quotidienne de deux grammes d'IK à l'intérieur, en priant le médecin habituel de vouloir bien surveiller les effets sur le foyer pulmonaire ancien.

Après cinq jours de traitement l'ulcère nasal commence à s'améliorer et la respiration devient plus aisée.

Les aliments refluent par le nez.

Le 26 mai, le fond de la perte de la substance du palais commence à se déterger. Les bords décollés sont légèrement déjetés

en dehors. Les parois de la cavité bourgeonnent et présentent un piqueté granuleux rouge.

Après trois semaines de traitement, l'ulcère palatin commence à se réduire. La rougeur de la muqueuse pâlit et se rapproche du rose.

Le 15 juillet, la cicatrisation est à peu près complète, toutefois les limites de l'ulcère demeurent très reconnaissables.

Entre les bords, de niveau avec la muqueuse environnante, le fond légèrement excavé, chagriné, est parcouru par des tractus aréolaires, cicatriciels, très superficiels, comparables à la surface d'amygdale palatine scléreuse et laissant deviner l'état bourgeonnant de la plaie avant sa cicatrisation.

Un très petit pertuis persiste, reconnaissable seulement au stylet, qui laisse encore passer un peu de liquide. Une cautérisation des bords de cette fistule suffit pour amener la guérison complète.

Bien que rien n'autorise d'une façon absolue à nier dans cette observation l'intervention accessoire d'une syphilis méconnue, l'aspect initial des ulcérations à début superficiel muqueux, et plus encore leur mode de réparation tout différent de celui des ulcères spécifiques nous paraît, en l'absence d'examen bactériologique, justifier suffisamment le diagnostic de tuberculose.

OBSERVATION VII (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé JACQUES).

Lupus du voile du palais.

M^lle^ M., 15 ans, vient à Nancy, en septembre 1907, envoyée par son médecin, le D^r^ C., pour une affection ulcéreuse de la gorge ayant résisté à tous les traitements dirigés contre elle.

Antécédents héréditaires. — Le père serait mort de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Elle-même, a été opérée, il y a sept ans, de végétations adénoïdes, puis elle a présenté des ganglions cervicaux.

Depuis plusieurs mois, il s'est formé dans la gorge et sur le voile du palais des masses végétantes volumineuses qui furent extirpées par les Docteurs M. et C., mais ne tardèrent pas à se reproduire. Il s'ensuivit cependant une cicatrisation partielle, mais les ulcérations persistèrent, entourées de proliférations muqueuses qu'on constate encore aujourd'hui.

Maladie actuelle. — On trouve, en effet, le voile remplacé par une membrane rose très pâle, trabéculaire, véritable dentelle, totalement adhérente à la paroi postérieure du pharynx. Seuls deux petits pertuis latéraux du diamètre d'une plume d'oie maintiennent la communication de la cavité buccale avec le rhino-pharynx. Au centre se détache, du fond de la gorge, semblable à un gros polype enflammé, la luette tuméfiée, rougeâtre, infiltrée, bosselée, fortement échancrée à sa base par un double ulcère végétant.

Les amygdales sont en grande partie détruites et leur pôle supérieur remplacé par une surface nacrée, étroitement adhérente à la gouttière pharyngée.

Etat actuel. — Fosses nasales et larynx indemnes.

L'état général est assez médiocre. C'est une grande jeune fille pâle, amaigrie par une dysphagie prolongée et présentant des signes de condensation aux deux sommets.

La luette est excisée et on prescrit le traitement ioduré à la dose de deux grammes par jour.

La malade rentre chez elle au bout de quelques jours ; elle doit être soignée par son médecin traitant. Or celui-ci écrit à la date du 20 Mars 1908.

« Nous pouvons consigner, à la suite du traitement ioduré

« (1 gr. 50 d'iodure de potassium par jour), une amélioration ra-
« pide qui m'a surpris dans l'état du lupus de M^lle M. Avant son
« traitement, les suppurations et mucosités nasales et pharyn-
« giennes étaient abondantes, en dépit des lavages, irrigations et
« badigeonnages à l'acide lactique.

« Depuis le mois de septembre, nous avons, à quatre reprises,
« suivi le traitement pendant 20 jours en intercalant des repos
« de 20 jours. Les excavations se sont rapidement modifiées et
« sont nulles ou à peu près, mais le voile membraneux de ce
« lupus tendu au-devant de la paroi postérieure du pharynx est
« d'un bel aspect, ne la gêne pas et présente toujours un petit ori-
« fice sur le côté gauche.

« Ganglions du cou à peine appréciable. Etat général bon. De-
« vant cette amélioration si surprenante et qui se maintient
« quoique le traitement n'ait pas été repris depuis six semaines,
« je me demande si une intervention accompagnée du traitement
« n'amènerait pas une guérison radicale.

« Une ablation antérieure à la curette avait été suivie d'une
« repullulation rapide toujours accompagnée des mêmes exca-
« vations.

« Le traitement arsenical (ampoules de cocodylate de soude)
« qui a toujours remonté l'état général de la jeune fille, ainsi que
« l'huile de foie de morue créosotée n'avaient produit aucune
« action sur l'état du lupus. »

Nous retrouvons encore ici tous les signes que nous avons assignés aux lésions tuberculeuses. Sans parler des antécédents, tant héréditaires que personnels, nettement bacillaires de cette jeune fille, l'aspect même des lésions, pôle supérieur des amygdales cicatrisé, voile déchiqueté en dentelles, état bourgeonnant des ulcères, nous permet d'éliminer ici l'hypothèse d'une syphilis dont on ne retrouve d'ailleurs aucune trace.

OBSERVATION VIII. (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé JACQUES).

Ulcérations tuberculeuses (lupus)
du voile du palais, rétrécissement de l'isthme naso-pharyngien.

M. T., 58 ans, cultivateur, souffre de la gorge depuis trois ou quatre ans. Il se plaignait surtout de raclement et de toux sans dysphagie. Il existait en même temps des troubles auriculaires, consistant en une baisse progressive de l'ouïe, en écoulements purulents de l'oreille gauche d'abord, puis droite, précédés chaque fois par des lancées douloureuses.

Depuis une huitaine de jours, il a perdu complètement l'ouïe. En outre, il accuse une gêne respiratoire ancienne avec hypersécrétion nasale. Des traitements multiples locaux et généraux, dont une cure hydrargyrique, ont été tentés sans notable résultat (Sirop de Gibert, à haute dose, pendant plusieurs mois).

Actuellement, il est déprimé moralement et notablement amaigri.

Toux pharyngée fréquente.

Les antécédents personnels sont satisfaisants. Les parents existent encore et se portent bien.

A l'examen de la cavité buccale, on remarque de suite une large échancrure du bord du voile. Plus de luette. Sensible rétrécissement de l'isthme naso-pharyngien. Les amygdales sont détruites. Il n'en persiste plus que de petits moignons nodulaires, d'aspect cicatriciels. Les piliers sont épaissis, noueux, rouges, surtout les postérieurs qui se fusionnent avec la paroi postérieure du pharynx.

Les arcs palatins antérieurs droit et gauche sont confondus en une arcade unique à bord déchiqueté, granuleux, rouge, trabéculaire, constitué par le stroma du voile mis à nu et bourgeonnant, assez propre d'ailleurs et sans enduit. La muqueuse de la face buccale du palais est rongée, velvétique, chagrinée, un peu

décollée. La muqueuse du dos du voile est en grande partie détruite. On voit l'ulcération du bord libre se prolonger sur la face dorsale dans une étendue qu'il est impossible de délimiter exactement.

La rhinoscopie postérieure, rendue difficile par la sténose pharyngienne, montre le rhino-pharynx entier gris-jaunâtre, irrégulier, végétant et recouvert de muco-pus.

A la rhinoscopie antérieure, nombreux polypes muqueux, surtout à droite, baignant dans une sécrétion louche. Le cornet inférieur et le plancher sont sains en avant.

Oreille droite : tympan rougi dans son ensemble, épaissi. Perforation antéro-inférieure de trois millimètres à bord régulier non végétant. Muco-pus et pus au lavage. Oreille gauche : tympan cicatriciel ; ne coule pas actuellement.

A l'auscultation : submatité et rudesse respiratoire dans la région sous-claviculaire gauche.

Une parcelle de tissu est prélevée sur le bord libre du voile pour un examen histologique, qui montre dans un stroma conjonctif infiltré par des cellules embryonnaires, de nombreuses cellules géantes sous un épithelium épaissi.

On renvoie le malade au docteur P., son médecin, en le priant de vouloir bien lui faire prendre quotidiennement deux grammes d'iodure de potassium et de pratiquer sur les régions exulcérées des attouchements aussi fréquents que possible à la glycérine iodée.

Six semaines plus tard, le 1er Septembre 1906, le malade vient se présenter à la clinique. On est immédiatement frappé de l'amélioration notable de l'état général. Les traits sont beaucoup moins tirés, la figure plus pleine et le teint meilleur.

La déglutition est du reste beaucoup plus facile, quoique toujours accompagnée de reflux nasal. Le bord libre du voile s'est notablement aminci. Il a perdu sa rougeur initiale. Latéralement il devient plus uni.

La région de l'amygdale pharyngée est toujours rouge et sécrétante. La tendance à l'atrésie augmente au niveau de l'isthme naso-pharyngien.

La surdité persiste, avec écoulement otique, malgré les irrigations régulières.

Le 17 Septembre, la cicatrisation a fait un grand progrès. On extirpe les polypes nasaux qui n'ont aucunement régressé en deux séances.

Le 29 Octobre, tout est cicatrisé sauf quelques bourgeons à la face dorsale du voile.

Les deux oreilles coulent abondamment. Le malade est revu encore en Janvier 1907 pour son otorrhée qui résiste encore au traitement médical.

La bouche et le pharynx sont entièrement cicatrisés.

Ce qui nous frappe tout d'abord dans cette observation, ce sont les symptômes objectifs des lésions : les petits moignons nodulaires d'aspect cicatriciels qui sont à la place des amygdales, l'état granuleux et trabéculaire des arcs palatins constitué par le stroma du voile mis à nu et bourgeonnant, l'aspect général de la muqueuse palatine qui est rongée, velvétique, chagrinée et un peu décollée, enfin l'auscultation des poumons qui avait révélé une induration du sommet du poumon gauche.

Le rétrécissement de l'isthme naso-pharyngien s'explique par la cicatrisation vicieuse et progressive de l'ulcère qui occupait la face inférieure du voile palatin, et, contournant son bord libre, s'étendait sur sa face dorsale.

OBSERVATION IX (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé JACQUES).

Ulcérations lupiques du voile du palais.

Mme B..., 42 ans, marchande de légumes, se présente à la consultation, le 25 novembre 1907.

Antécédents héréditaires. — Parents morts de pneumonie. Deux frères sont morts en bas âge et elle a encore trois sœurs bien portantes. Elle s'est mariée à 23 ans. Son mari est bien portant. Neuf enfants dont quatre sont morts : la première grossesse s'est terminée par un avortement accidentel à 4 mois ; le deuxième enfant est mort-né ; le troisième a succombé à deux ans, à une rougeole, avec complications pulmonaires ; le quatrième est mort à 18 mois d'une méningite tuberculeuse. Cinq enfants sont vivants et en bonne santé, à l'exception du second âgé de 16 ans, de tempérament lymphatique. Le dernier, âgé de trois ans, qui est très chétif, tousse tous les hivers.

Antécédents personnels. — La malade n'a jamais fait de maladies graves antérieures ; a toujours joui d'une excellente santé.

Son hygiène est défavorable : mauvaise nourriture, logement étroit et mal éclairé ; elle est obligée de travailler beaucoup pour subvenir aux frais de son ménage.

C'est elle-même qui a nourri tous ses enfants au sein.

Maladie actuelle. — La maladie actuelle aurait débuté il y a deux ans par des malaises vagues ; les forces ont diminué progressivement et elle a commencé à maigrir. Depuis un an, elle a perdu l'appétit et a beaucoup maigri. Au mois de juin 1907, elle eût une forte bronchite, avec sueurs nocturnes très abondantes et fièvre très élevée. Depuis cette époque elle ressentit une gêne dans la mastication et la déglutition. Cette dernière surtout provoquait une légère douleur. Bientôt les douleurs augmentèrent et la déglutition devint de plus en plus douloureuse. La malade se laissait littéralement mourir de faim, tant elle souffrait pour s'ali-

menter. En même temps elle éprouvait une vive sécheresse dans la gorge. Depuis 13 jours, elle mouche des croûtes sales et, il y a 4 jours, elle a mouché du sang, c'est ce qui la décide à venir à la consultation.

Ajoutons qu'un médecin consulté il y a quelque temps l'a traitée pour une « mauvaise maladie », par des pilules qui n'ont pas empêché les lésions de la gorge de progresser et de s'accroître.

Etat actuel. — Femme de constitution primitivement bonne, considérablement amaigrie et pâle. Clavicules saillantes, omoplates ailées ; voix nasonnée.

A l'examen de la cavité buccale, on constate sur le voile du palais plusieurs petits boutons grisâtres, croûteux, laissant à leurs places de petites ulcérations, à contours déchiquetés, et très douloureuses.

Le voile du palais présente une coloration générale rosée.

Sur la partie molle du palais se voient plusieurs ulcérations. Une vaste ulcération située au milieu, à 2 cent. environ de la base de la luette. Elle a une forme de trèfle ; on dirait que ce sont trois ulcérations primitives soudées en une seule plus vaste. Les bords sont irréguliers, amincis, légèrement décollés. Le fond est couvert de mucosités grisâtres. Tout autour la coloration de la muqueuse est rouge-lie de vin, puis se confond avec la partie saine.

Une seconde ulcération de la dimension d'une lentille se trouve située à gauche de la précédente, un peu en arrière. Deux autres de la même grandeur se trouvent à la base de la luette. Une petite ulcération profonde, lenticulaire, est placée sur la face antérieure de la luette. La luette semble déformée, à contours irréguliers.

La rhinoscopie postérieure nous montre une vaste ulcération sur la paroi supérieure du voile du palais, s'étendant vers le plancher du nez. Cette ulcération est à fond irrégulier (très bourgeonnant), creusée par place et végétant ailleurs, de coloration relativement pâle, recouverte d'un enduit muco-purulent.

La paroi postérieure du pharynx est couverte de travées de muco-pus. Quelques petites ulcérations se dessinent sur cette paroi.

L'examen des organes thoraciques révèle, à la percussion, de la submatité sous les deux clavicules et dans les deux fosses sus et sous-épineuses droite et gauche. L'auscultation révèle une inspiration rude et une expiration soufflée, surtout à droite.

Le 25 novembre 1907, on prescrit une potion contenant 2 grammes d'iodure de potassium par jour. En même temps on fait des badigeonnages à la glycérine iodée sur les surfaces ulcérées.

Le 9 décembre 1907, la muqueuse prend meilleur aspect. Les ulcérations ne sont plus si vastes. La plus étendue est considérablement diminuée. On remarque quelques points blancs sur la voûte palatine, qui ne sont que des glandes enflammées.

Les lésions pulmonaires sont les mêmes.

La coloration des ulcérations est moins accentuée, elle est rosée, les bords se distinguent un peu de la muqueuse saine.

L'ulcération du dos du voile du palais est aussi en bon état, très diminuée.

La voix est nasonnée.

Le 14 décembre 1907, il y a beaucoup de mieux. Les ulcérations sont détergées et quelques-unes ont disparu. Il ne reste plus du côté gauche du voile que deux ulcérations de la grosseur d'une lentille. L'ulcération de la face antérieure de la luette n'existe plus : elle n'est plus rouge, ni œdématiée.

Le voile du palais est rosé. Aspect tomenteux cicatriciel des ulcérations guéries.

Il n'existe pas de ces grandes brides cicatricielles que l'on remarque dans la syphilis. Les ulcérations se sont épidermisées, elles sont planes et au niveau de la muqueuse.

Le dos du voile est bourgeonnant et rouge. Les bords de l'ulcération sont détergés. La malade continue la potion.

Le 22 décembre 1907, on supprime la potion.

Une petite ulcération persiste du côté droit de la ligne médiane. Le voile est légèrement rosé.

Le 29 janvier 1908, la malade est complètement guérie : le voile du palais est tout à fait épidermisé. On observe à la place des ulcérations des cicatrices blanchâtres, situées sur le même plan que la muqueuse.

La malade cause sans nasonner et la sialorrhée n'existe plus.

La dysphagie a disparu ; la malade se nourrit bien sans éprouver de douleurs. L'appétit est revenu. L'état général est très amélioré.

La multiplicité des ulcérations et leur forme irrégulièrement arrondie, à bords amincis, décollés, surtout l'existence des petits bourgeons de coloration relativement pâle, tapissant le fond de l'ulcère de la paroi supérieure du voile palatin, nous ont fait penser à un lupus du voile. Remarquons aussi l'aspect des cicatrices : planes, sans grandes brides et situées sur le même plan que la muqueuse.

Ce sont ces divers caractères qui nous font considérer comme étant de nature bacillaire, des accidents qui ont guéri par l'iodure, après échec des pilules de proto-iodure d'hydrargyre ; et ceci malgré la vraisemblance d'une affection spécifique conjugale ancienne. S'il s'agit d'un cas hybride, la tuberculose pourrait avoir marqué sur les lésions que nous avons observées, son cachet spécial à l'exclusion de la vérole.

OBSERVATION X (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé JACQUES, due à l'obligeance de M. GAUTHIER, interne).

Lupus des narines. Adhérence en apparence complète du voile du palais à la paroi pharyngienne. Ulcérations gingivales.

Mme Berthe A..., 23 ans, entrée au service le 11 mars 1908. Père et mère vivants et bien portants. Un frère et une sœur en bonne santé. Elle est mariée; son mari est bien portant. Un enfant âgé de 8 ans en bonne santé. Pas d'avortement.

Cette femme n'a jamais fait de maladie grave antérieure. Elle aurait toussé pendant plusieurs hivers, mais sans avoir jamais eu cependant d'hémoptysies.

La maladie actuelle a débuté il y a trois ans, par un mal de gorge avec dysphagie très douloureuse et dysphonie. A cette époque, il arrivait que quelquefois les liquides repassaient par le nez. A la même époque, elle eut une éruption de boutons que la malade attribue à la vaccination qu'elle avait subie quelque temps auparavant.

Sur la face, elle remarquait de nombreux boutons autour de l'orifice buccal et surtout des orifices narinaux, ainsi qu'à l'intérieur des fosses nasales. Au bout d'un certain temps tous les boutons guérirent, sauf ceux qui étaient autour et à l'intérieur des fosses nasales. Depuis cette époque, le mal de gorge disparut totalement, mais les boutons du nez augmentèrent sans aucune douleur et sans beaucoup altérer l'état général.

La respiration nasale seule était gênée, à cause de l'obstruction presque complète des deux narines.

Sur les conseils de son médecin, elle vient à la consultation de l'hôpital.

C'est une femme de constitution moyenne, légèrement amaigrie. A l'examen de la face, on constate une lésion croûteuse s'étendant de l'aile droite du nez jusqu'à la face inférieure de l'aile gauche,

obstruant complètement l'orifice narinal droit. Il existe à ce niveau un léger suintement. Autour de l'orifice narinal gauche qui n'est pas atrésié, la lésion est plus suintante.

L'examen au spéculum est rendu impossible par la douleur qu'il provoque.

Dans la cavité buccale on constate une adhérence, en apparence complète, du voile du palais à la paroi pharyngienne sans aucun tractus, ni cicatrices visibles. Des ulcérations bourgeonnantes à l'intérieur de la lèvre supérieure sur la ligne médiane, sont couvertes de muco-pus blanc-grisâtre.

Le larynx est normal.

On propose le curettage des ulcérations. Le 14 mars 1908, l'opération a lieu sous l'anesthésie chloroformique. Les lésions croûteuses du nez ainsi que celles de la lèvre supérieure, sont curettées jusqu'à ce que l'on rencontre le tissu sain.

La fosse nasale droite est obstruée par le processus tuberculeux cicatriciel : une série d'incisions radiées en rétablit la lumière. La narine gauche est perméable.

En cherchant avec le stylet, on trouve des petits pertuis prouvant que l'adhérence n'est pas tout à fait complète entre le voile et la paroi pharyngienne. D'ailleurs, l'écoulement de sang qui se produit dans la gorge, au moment de l'intervention, en prouve la perméabilité.

Thermocautérisation.

Des mèches de gaze iodoformée sont tassées dans les deux fosses nasales ; une autre est placée entre la lèvre et la gencive.

Le 15 mars 1908, la malade a 40° de température. La langue est œdématiée ; quelques vomissements surviennent, sans aucun symptôme douloureux cependant. Des compresses chaudes phéniquées sont placées au devant du nez.

Le 16 mars 1908, la malade va mieux ; la température n'est plus qu'à 38°, on note un léger suintement sanguin au niveau du nez.

Le 20 mars 1908, la malade se plaint de douleurs violentes dans les deux oreilles. On constate une otite moyenne aiguë bilatérale. Double paracentèse. Pansement iodoformé.

Les ulcérations du nez et des gencives sont en bonne voie de cicatrisation.

Le 28 mars 1908, écoulement d'oreilles surtout à droite. Plus de douleurs. On continue les pansements iodoformés.

Le 6 avril 1908, la malade quitte le service presque complètement guérie. On continue les pansements iodoformés sur les ulcérations gingivales et on lutte contre l'atrésie des deux orifices narinaux par des drains de caoutchouc.

La nature manifestement lupique des lésions nasales constatées pendant le séjour de la malade au service autorise, croyons-nous, à conclure à une semblable origine pour les accidents antérieurs de la gorge.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé Jacques, due à l'obligeance de M. Gauthier, interne).

Lupus du nez et ulcérations tuberculeuses du palais.

M. V. J..., âgé de 18 ans, garçon de culture, entre dans le service de M. le Professeur Jacques, le 28 février 1908, pour un mal de gorge.

Parents bien portants. Un frère et une sœur en bonne santé.

A l'âge de six ans, il a eu une bronchite très sérieuse. Rougeole, il y a 15 jours. Tousse tous les hivers. Légère hémoptysie, il y a deux jours.

La maladie actuelle a débuté, il y a 4 ans, par un mal de gorge avec violente dysphagie et une légère dysphonie. Un médecin constata alors des ulcérations lupiques sur le voile du palais, la luette

et les deux amygdales. Le malade ne suivit aucun traitement et les ulcérations à fond grisâtre ne firent qu'augmenter en nombre et en surface.

Plus tard, le malade remarqua à l'orifice narinal droit de nouvelles ulcérations croûteuses, donnant issue à un liquide mucopurulent, et bientôt après, la narine gauche fut à son tour envahie par les mêmes lésions.

Au mois de mai 1906, donc deux ans après le début du mal, la destruction de la luette était complète, et malgré le traitement général, grand air, suralimentation, les ulcérations n'avaient pas rétrocédé ; tout au contraire, elles avaient gagné la partie antérieure de la cloison.

Ce fut en novembre 1907, que le malade vint pour la première fois à la clinique laryngologique. On constata à cette époque 5 à 6 petites ulcérations sur la voûte palatine : la plus grande avait à peine les dimensions d'une pièce de cinquante centimes ; les plus petites étaient lenticulaires.

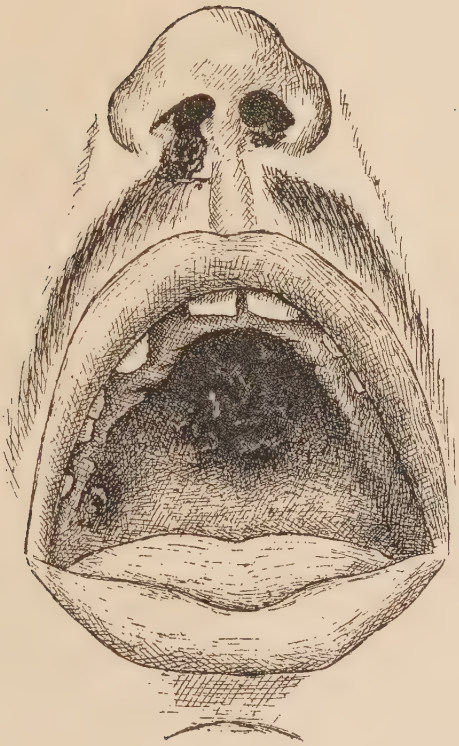
Les bords de ces pertes de substances étaient irréguliers, légèrement décollés. Le fond était grisâtre, pâle, avec quelques petits points jaunâtres plus saillants.

Le pharynx et le voile du palais étaient parcourus de travées blanchâtres, cicatricielles, entourant les ulcérations décrites ci-dessus. La luette et les amygdales avaient totalement disparu.

Le malade fit un premier séjour d'une semaine dans le service de M. le Professeur Jacques, pendant lequel eurent lieu des séances quotidiennes d'ignipuncture et des badigeonnages à la glycérine iodée. Le malade ayant été obligé de quitter l'hôpital sans être complètement guéri, on lui prescrivit de l'iodure de potassium à l'intérieur (3 grammes par jour) et localement des badigeonnages à la glycérine iodée.

Les ulcérations croûteuses du nez furent traitées par des applications de pommade au goménol.

Le 25 novembre 1907, nous revîmes le malade. Les plaies de



Ulcérations tuberculeuses du palais et lupus du nez

(Observation n° XI).

la bouche existent encore, mais ont notablement diminué de surface : le fond est détergé. Du côté du nez, les ulcérations croûteuses persistent toujours ; elles sont surtout marquées à l'orifice narinal droit.

On fait encore une séance d'ignipuncture sur toutes les ulcérations de la voûte palatine. Même traitement ioduré.

Le malade vient régulièrement chaque quinze jours se montrer à la consultation. Les ulcérations de la voûte palatine ont presque toutes disparu, sauf deux sur la ligne médiane à un centimètre environ des arcades dentaires : elles ont les dimensions d'une petite lentille ; les bords sont irréguliers, légèrement décollés. Le fond est grisâtre. On remarque encore une petite ulcération située sur la face interne des gencives, à droite, au niveau de la première grosse molaire.

Le 28 février 1908, l'état du malade est le suivant. — La constitution générale est assez bonne. L'examen de la cavité buccale révèle la disparition complète de la luette et des amygdales. Le pharynx et le voile du palais sont parcourus de brides cicatricielles, très fines, blanchâtres, superficielles.

Sur la voûte palatine, on constate cinq petites ulcérations dont la plus grosse a la dimension d'une pièce de cinquante centimes, la plus petite, les dimensions d'une lentille. Deux se trouvent sur la ligne médiane, à deux centimètres de l'arcade dentaire supérieure ; trois autres sont à gauche, à un centimètre environ du raphé médian, au niveau de la deuxième grosse molaire droite. Toutes ces ulcérations sont superficielles, sauf une — située à gauche de la ligne médiane, qui est creusée en godet. Les bords sont irréguliers, légèrement décollés ; quelques petits points rouges s'élèvent sur leur fond grisâtre.

A l'examen extérieur du nez, on constate une lésion croûteuse au niveau de l'orifice narinal droit, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. L'ulcération a gagné le fond de la narine et la partie antérieure de la cloison. A gauche, les ulcérations sont

moins marquées, de moindre étendue et situées à la partie toute antérieure de la cloison.

A l'examen laryngoscopique, on voit l'épiglotte bourgeonnante et en partie détruite sur son extrémité libre. Les aryténoïdes sont normaux. Il existe une pâleur générale de tout le larynx.

L'auscultation ne révèle aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Nouvel examen le 29 février 1908 : on ne constate rien d'anormal du côté des autres organes ; toutes les ulcérations de la voûte sont cautérisées au galvano-cautère, et l'on continue le traitement par l'iodure de potassium à la dose de deux grammes par jour.

Le malade a été revu le 18 décembre 1908 ; on constate sur toute la face antérieure du voile du palais, de petites raies cicatricielles, blanchâtres, sillonnant la muqueuse sans former ni relief, ni dépressions à la surface. Il ne reste plus sur la voûte palatine que deux ulcérations en bonne voie de guérison. Le malade continue à suivre le même traitement, avec repos de 10 jours par mois.

Nous nous trouvons ici en présence d'un cas de lupus à marche torpide, très lente et très rebelle, comme le montre sa propagation à l'orifice nasal. Cependant on peut constater que trois des ulcérations sur cinq sont cicatrisées, et que la guérison des deux autres ne saurait tarder.

OBSERVATION XII (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé Jacques).

Tuberculose ulcéreuse du voile du palais,
du pilier droit antérieur et de l'amygdale droite.

Mlle Julia D., 23 ans, vient le 28 Février 1908, à la consultation des maladies de la gorge.

Rien de particulier à signaler. Les parents sont bien portants. On note des poussées fréquentes de conjonctivite pendant l'enfance, la coqueluche il y a six ans. Elle a fréquenté durant une année, il y a trois ans, une amie morte phtisique.

La malade est assez bien constituée, malgré un amaigrissement notable survenu pendant ces derniers temps. Le visage fortement coloré, bouffi, la malade d'aspect lymphatique dit avoir mal à la gorge depuis deux mois, se plaint d'avoir bien mal en avalant, sans irradiation vers l'oreille. Il y a un mois, pendant huit jours, elle a ressenti des douleurs vives avec dysphagie ; l'appétit est nul. Actuellement la dysphagie est moindre. La voix n'est pas nasonnée. Nous ne trouvons aucune trace de syphilis ancienne ou en évolution.

A l'examen de la bouche, on remarque que la muqueuse buccale est rosée, par place couverte de muco-pus. Une ulcération a détruit la moitié inférieure de l'amygdale droite, ainsi que la région avoisinante du pilier postérieur. Son pôle supérieur est le siège d'une ulcération superficielle, à bords irréguliers et décollés, empiétant sur le pilier antérieur droit. L'arc palatin droit est pâle, un peu œdémateux, son bord libre est frangé et ulcéré. Les bords de cet ulcère sont décollés, en haut. Le fond est rosé, dépourvu d'enduit, et saignant au contact. L'ensemble de la lésion est entouré d'une réaction peu étendue et relativement pâle. On ne constate pas de végétations proprement dites, sauf quelques bourgeons décolorés.

La luette est légèrement œdémateuse. L'ulcère se prolonge un peu sur le dos du voile avec les mêmes caractères, c'est-à-dire rose, tomenteux, à bords irréguliers et décollés, saignant facilement.

Dans la gouttière pharyngée droite, l'infiltration se prolonge avec une petite ulcération anfractueuse.

A l'examen de l'appareil pulmonaire, la percussion montre au sommet droit une sonorité très légèrement amoindrie, ainsi que

dans le creux sous-claviculaire, tandis qu'à l'auscultation on note une inspiration rude avec résonnance de la voix. Le reste de l'appareil respiratoire est normal. En résumé, le sommet du poumon droit est légèrement atteint par la bacillose qui semble être stationnaire.

On institue le traitement ioduré simple : deux grammes d'iodure de potassium par jour, en recommandant à la malade de revenir dans 10 jours.

Nous avons revu la malade le 15 Mars. L'aspect des lésions est tout à fait différent ; les ulcérations sont détergées et en bonne voie de guérison. L'arc palatin droit et la luette ne sont plus œdémateux. La malade dit avoir retrouvé l'appétit. Il n'y a pas d'aggravation des lésions pulmonaires. Nous lui conseillons de continuer le traitement ioduré simple vingt jours par mois.

Le 2 Avril 1908, la malade va très bien. Elle a augmenté de plusieurs livres, dit-elle, et ne souffre plus de la gorge.

L'ulcération siégeant sur le pôle supérieur de l'amygdale droite n'existe plus, s'est aplanie, sans laisser de cicatrice bien nette.

Il existe encore une ulcération sur le dos du voile, mais relativement diminuée d'étendue. L'arc palatin droit n'est plus œdématié, et son bord libre commence à se régulariser ; il n'est plus frangé. L'ulcération anfractueuse de la gouttière pharyngée, que nous avions constatée au premier examen de la malade, s'est aplanie ; il reste une petite cicatrice blanchâtre comme vestige de sa présence.

Depuis cette date, la malade ne s'est pas présentée à la consultation, mais tout porte à croire que les lésions se sont améliorées, vu l'état dans lequel nous les avons laissées.

Nous ne relevons chez cette malade aucune trace de syphilis ; par contre, nous avons trouvé des signes de condensation au sommet droit, et les antécédents per-

sonnels sont assez chargés au point de vue tuberculose, pour nous permettre de supposer que la contagion s'est effectuée par la fréquentation, durant une année, d'une personne morte de phtisie. Les lésions que présente le pharynx, ont tous les caractères objectifs des ulcérations bacillaires. Après 15 jours de traitement ioduré simple, nous avons noté une amélioration notable et l'état général s'est bien amendé, sans qu'on ait eu à noter la moindre perturbation du côté de l'appareil pulmonaire.

OBSERVATION XIII (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé Jacques).

Ulcération lupique de la paroi postérieure de l'hypopharynx et sténose de l'isthme naso-pharyngien.

Mlle Lucie F., 17 ans, ouvrière en chaussures, originaire des Vosges, se présente le 27 Janvier 1909 à la consultation pour mal de gorge et aphonie.

Son père est bien portant, sa mère a été traitée, en Mai 1908, pour des ulcérations de l'orifice narinal gauche et de la sous-cloison, que l'on considéra comme spécifiques malgré les dénégations de la malade et l'absence de signes objectifs concomitants, Une sœur serait morte à l'âge de 8 ans, de fièvre typhoïde.

Cette jeune fille a eu la rougeole dans son enfance, mais n'a pas fait de maladies graves. Elle s'enrhume très facilement et tousse chaque hiver, sans avoir jamais présenté d'hémoptysie. Actuellement elle tousse. La malade a de la fièvre, 38°. Depuis deux ans elle est réglée, mais irrégulièrement. Aucun signe de syphilis, jamais de boutons sur le corps, ni de céphalée.

La maladie actuelle a débuté, il y a trois ans, par de la toux et des maux de gorge ; en un mois, elle devint aphone, ne pouvant

plus s'exprimer qu'à voix basse ; puis elle ressentit de la gêne dans la déglutition, et eut quelquefois des régurgitations; elle a souvent observé le reflux des liquides par le nez, ce qui lui fait éviter les aliments trop liquides. Depuis un mois, elle est soignée à la clinique ophtalmologique pour une kératite de l'œil droit d'origine bacillaire probable. La malade ne présente aucun des signes de l'hérédo-syphilis. D'autre part, elle accuse des sudations nocturnes, et l'on trouve à l'auscultation du poumon droit, une inspiration rude avec expiration prolongée sous la clavicule. Le poumon gauche respire normalement.

L'examen de la cavité buccale montre une forte échancrure médiane du voile du palais, à bords cicatriciels ; la luette, réduite à une languette, adhère dans presque toute son étendue à la partie moyenne du voile.

Les arcs palatins droit et gauche, ainsi que les piliers du côté droit, ont sur leurs bords un aspect nettement cicatriciel.

L'isthme naso-pharyngien est notablement réduit par l'adhérence des piliers postérieurs. La paroi postérieure de l'hypopharynx est tout entière recouverte par une ulcération en surface, en partie masquée par un enduit purulent assez épais. Les bords assez rouges sont peu élevés. Le fond est jaunâtre avec un petit piqueté rouge. L'épiglotte presque entièrement détruite, est réduite à quelques nodosités qui subsistent encore dans sa moitié gauche.

Enfin l'endo-larynx présente une atrésie générale avec état végétant de toute sa face interne qui est parsemée de nodules pâles, d'aspect œdémateux, et recouverte d'un enduit mucopurulent.

Ajoutons que cette jeune fille a le facies adénoïdien, mais ne présente aucun signe de dystrophie.

Nous instituons le traitement ioduré d'abord sous la forme de potion à la dose de 2 gr. d'iodure par jour. Mais la malade présentant des régurgitations chaque fois qu'elle absorbe du liquide,

force nous est de recourir à l'administration de l'iodure en cachets de 0.50 centigr. au nombre de 2, puis de 4 par jour. Sous l'influence de cette médication interne exclusive, la malade a vu sa toux diminuer et son appétit augmenter ; les raclements de gorge ont à peu près disparu. Son état général a subi une amélioration notable qui s'est traduite par la chute de la température. En un mot, tous les symptômes subjectifs se sont amendés.

Malheureusement la malade a quitté l'hôpital une huitaine de jours après le début du traitement, sans que nous ayons pu examiner à nouveau l'état local de ses lésions.

A ne considérer que les antécédents héréditaires de cette jeune malade, dont la mère fut traitée comme syphilitique malgré l'absence de signes spécifiques nets, on serait tenté de rapporter sa lésion à une syphilis héréditaire. Cependant l'examen de l'appareil respiratoire nous révèle une infiltration du poumon droit qu'on ne peut guère rapporter à la syphilis, étant donnés l'état général de la malade et la température quotidienne de 38° qu'elle présente. Aussi bien, pourra-t-on incriminer à la fois la syphilis et la tuberculose, et faire de l'ulcération qui nous occupe, une lésion hybride, mais on conviendra que l'évolution de cette lésion durant depuis 3 ans, se cicatrisant par place pour s'étendre plus loin, l'aspect des cicatrices siégeant sur l'échancrure médiane du voile et sur les piliers du côté droit, sont plutôt en faveur d'un processus tuberculeux ; les cicatrices des lésions spécifiques se font ordinairement à l'aide de tissus fibreux disposés en grandes brides, toutes choses dont on ne retrouve pas ici la moindre trace.

OBSERVATION XIV (Inédite)
(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé JACQUES)

Lupus du nez et du voile du palais cicatrisé.

Mme B., 34 ans, exerçant la profession de couturière. Les parents sont vivants et bien portants ; cependant le père a chaque hiver des bronchites à répétition. Il lui reste un frère, et elle a perdu trois sœurs en bas âge, et plus récemment une sœur âgée de 44 ans, qui a succombé à une affection abdominale.

Elle s'est mariée à 25 ans ; son mari est bien portant. Deux enfants morts, le premier à 2 mois 1/2 d'une entérite, le second à 11 mois de la même affection. Enfin, à la suite d'une frayeur, elle aurait eu un avortement de 3 mois 1/2, il y a trois ans.

Réglée à 15 ans, assez irrégulièrement au début, elle n'aurait jamais été sérieusement malade. La malade ne présente aucun signe de spécificité et n'a jamais eu de boutons sur le corps. A plusieurs reprises, elle aurait présenté de l'érésypèle de la face, des éruptions de boutons au pourtour des narines, coïncidant généralement avec l'apparition des règles, mais ne laissant pas de traces. Sa dentition est en mauvais état depuis son enfance (carie dentaire), sans présenter les caractères des dents d'Hutchinson. Depuis l'âge de 7 ans, elle a des ganglions sous-maxillaire, hypertrophiés et douloureux au palper. Depuis trois ans environ, elle a commencé à maigrir. Elle se rappelle avoir ressenti en mars 1908, des douleurs lors de la déglutition, mais douleurs vagues et peu marquées, ce qui ne l'inquiéta pas beaucoup. Enfin, depuis longtemps atteinte d'une rhinite chronique, elle eut en juillet dernier, une poussée aiguë de coryza, et en même temps apparaissait, au niveau de la narine droite, un bouton qui se couvrit bientôt d'une croûte noirâtre.

Elle se présente à la consultation le 25 août 1908, et on constate un lupus de la cloison avec tuméfaction du lobule du nez. Une opération est jugée nécessaire. Pendant l'anesthésie chloro-

formique, on pratique un curettage du lupus de la narine droite. Pendant les deux mois qui suivirent, la malade vint trois fois par semaine se faire panser. En même temps elle prenait de la liqueur de Fowler. Depuis lors, l'appétit est revenu et la malade reprend de l'embonpoint. Le lupus est guéri.

Le 18 janvier 1909, nous avons revu la malade ; c'est une femme de constitution moyenne, pâle, lymphatique, qui ne tousse pas.

L'examen du nez nous le montre déformé dans son ensemble, un peu dévié à droite avec léger rétrécissement des orifices narinaux. On note une rougeur diffuse sur tout le dos du nez.

On constate sur la cloison, à 1 cm. environ de l'orifice nasal, une perforation ovalaire, grande comme une pièce de cinquante centimes, qui fait communiquer les deux fosses nasales entre elles.

L'examen de la cavité buccale, nous montre, à la limite du palais membraneux et du palais osseux, une forte dépression sans autre aspect cicatriciel. Cette dépression est due à une perte de substance comblée, de forme quadrangulaire, en avant de laquelle nous remarquons une cicatrice blanchâtre. La malade n'avait jamais remarqué quoi que ce soit d'anormal à cette place.

Au niveau du maxillaire supérieur gauche, on observe une périostite alvéolo-dentaire : les gencives sont ulcérées et bourgeonnantes, saignant au moindre contact. Sur la joue qui regarde ces lésions, se voit une petite ulcération avec deux petits points jaunâtres.

On prescrit sur les ulcérations gingivales des badigeonnages à la glycérine iodée, en conseillant à la malade de tenir propres ses dents.

Le fait qui doit retenir l'attention dans cette observation, c'est l'existence d'une légère dépression avec petite cicatrice blanchâtre, indice d'une perte de substance que la malade n'a jamais soupçonnée. Or, le

lupus du nez et de la cloison fut traité et guérit en laissant cette dernière perforée. Nous savons qu'il peut aussi exister et guérir sans être traité, au niveau de la cavité bucco-pharyngée, à l'insu des malades, si l'état général de ces derniers est bon ; or, tel est notre cas, c'est ainsi que nous croyons pouvoir expliquer l'origine de la cicatrice et la dépression que présente cette malade.

OBSERVATION XV (Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur agrégé JACQUES)

Pharyngite bacillaire ulcéreuse avec rétrécissement de l'isthme naso-pharyngien.

G. E , 60 ans, tailleur de pierres à Lunéville, entre au service le 19 avril 1909.

Père mort d'une hémorragie cérébrale à 57 ans ; mère morte d'un néoplasme stomacal à 66 ans. Un frère mort à 60 ans, probablement tuberculeux. Actuellement, deux sœurs en bonne santé.

Rougeole dans le jeune âge. Il y a 22 ans, il a eu une bronchite avec hémoptysie, à la suite de laquelle il aurait présenté un amaigrissement considérable et des sueurs nocturnes fréquentes. Il ne s'est jamais autrement ressenti de sa bronchite, quand tout-à-coup au mois de mai 1908, à la suite d'un refroidissement, le malade fut pris d'une violente dysphagie avec dyspnée. L'alimentation était très pénible, mais le malade continuait de s'alimenter tout de même. Cet état dura jusqu'au mois de septembre de la même année, quand il y eut une amélioration très marquée : la dysphagie était moins douloureuse, et la dyspnée moins accentuée.

Au mois de novembre, le malade fut de nouveau pris de violentes douleurs pendant la déglutition ; l'amaigrissement se prononça. Il alla voir un médecin qui lui prescrivit des inhalations mentholées et des gargarismes. Légère amélioration à la suite de

ce traitement, mais le malade étant obligé de beaucoup travailler, ne put le suivre d'une façon régulière. Son état s'aggrava de plus en plus, la dysphagie devint de plus en plus pénible, l'amaigrissement très marqué, ce qui décida le malade à venir à l'hôpital.

Au mois de janvier 1909, il a eu de nouveau une bronchite sans hémoptysie.

Etat actuel : homme de constitution assez bonne, mais très amaigri ; les creux sus-claviculaires sont très marqués.

Rien d'anormal à la percussion ; mais à l'auscultation dans la fosse sus-épineuse du côté gauche, la respiration est légèrement soufflée avec retentissement de la voix.

Dans la région trochantérienne gauche, nous remarquons plusieurs fistules à bords violacés, les unes suppurantes, les autres cicatrisées. L'une est occupée par un séquestre d'os spongieux.

Le malade présente de l'otalgie bilatérale alternante.

A l'examen de la cavité buccale, nous remarquons un rétrécissement de l'isthme naso-pharyngien. La paroi postérieure du pharynx dans toute sa largeur est recouverte d'un enduit grisâtre, sous lequel nous retrouvons une ulcération dont les dimensions sont celles d'une pièce de 5 francs, à bords amincis, décollés, à fond gris-jaunâtre papillaire, recouvert d'enduit purulent ; son bord inférieur décollé et fortement œdémateux, simule une double infiltration des replis aryténo-épiglottiques, qu'il dissimule, rétrécissant notablement l'entrée du larynx.

L'épiglotte indemne est fortement enroulée, en trou de serrure, si bien que la respiration est diminuée.

L'endolarynx est indemne.

Le dos du voile du palais et le pôle supérieur de l'amygdale gauche sont infiltrés et légèrement ulcérés.

Tel était l'état des lésions le 19 avril 1909. Le jour même, on commence des badigeonnages quotidiens à la glycérine iodée et on prescrit la potion iodurée habituelle.

Trois jours plus tard l'aspect des ulcérations s'est sensiblement modifié : le fond des ulcérations commence à se déterger.

Au point de vue subjectif le malade accuse un mieux notable. La dysphagie est beaucoup moins marquée, et le malade peut s'alimenter comme autrefois. Sa voix est devenue plus claire.

On conseille la continuation du traitement ; malgré nos recommandations, le malade a cessé de se présenter à la clinique.

Il s'agissait chez ce malade d'une tuberculose ulcéreuse chronique de l'isthme du gosier. Outre les ulcérations pharyngiennes, les fistules de la cuisse présentaient les caractères bacillaires les plus nets.

OBSERVATION XVI.

(La Province Médicale, n° 20, 19 Mai 1906).

Ulcères perforants multiples scrofuleux de la voûte et du voile palatin. Guérison par le traitement iodo-hydrargyrique et les cautérisations locales.

M^lle^ F., 20 ans, institutrice, souffre de la gorge depuis plusieurs semaines. L'affection s'est installée insidieusement, simple gêne d'abord avec sensation de corps étranger, puis dysphagie mécanique et douloureuse. Un médecin spécialiste, consulté dans le Cher, a porté le diagnostic de lupus et prescrit suralimentation, huile de morue, arsenic à l'intérieur, puis badigeonnages lactiques des surfaces ulcérées. Il a conseillé en outre l'isolement de la malade. Le traitement antibacillaire ci-dessus, exécuté pendant trois semaines, n'a fourni aucune amélioration ; la dysphagie, au contraire, n'a fait que s'accentuer, et c'est dans un état de dénutrition physique commençante et d'inquiétude morale profonde, que la patiente vient, au début de Mars 1905, me demander avis.

Au premier examen, la malade, bien qu'un peu amaigrie et d'aspect lymphatique, produit assez bonne impression. La voix est un peu nasonnée : les aliments liquides reflueraient d'ailleurs depuis quelques jours par le nez.

A l'inspection de la cavité buccale, je suis immédiatement frappé de la multiplicité et de l'importance des lésions.

Entre les arcades dentaires irrégulières et profondément altérées par la carie, la voûte palatine, surélevée et latéralement comprimée par suite d'atrophie adénoïdienne des maxillaires supérieurs, montre au voisinage de la ligne médiane, non loin de l'union au voile, une perforation de forme ovalaire, à bords taillés à pic, non décollés, de niveau avec les parties ambiantes, auréolée de carmin sur muqueuse généralement pâle. Les parois, cratériformes, sont recouvertes d'un enduit sanieux et ne saignent pas au contact. Un stylet introduit traverse toute la voûte de la bouche et pénètre dans la fosse nasale droite. Une seconde perforation plus petite de moitié (6 millimètres) siège en plein voile, dans la partie gauche, et présente les mêmes caractères que la première. Une autre plus superficielle se remarque au voisinage de la base de la luette ; un trajet oblique sous-muqueux unit celle-ci à la précédente. Enfin l'arc palatin gauche est le siège d'une perte de substance mal limitée, empiétant en dedans sur la luette qu'elle réduit à un moignon irrégulier et s'étendant en dehors jusqu'au pôle supérieur de l'amygdale qu'elle respecte. Le fond de ce dernier ulcère est mamelonné, rosé, piqueté de saillies papillaires rose vif. La lésion se prolonge assez haut sur la face supérieure du voile qu'elle amincit localement, tandis que l'ensemble de l'organe est épaissi, œdémateux. Les amygdales palatines sont intactes, un peu hypertrophiées, mais on remarque en arrière du pilier postérieur gauche une élevure rouge en voie d'ulcération à son sommet, dont la localisation rappelle la gomme de la gouttière pharyngienne latérale, et l'aspect bosselé fait songer au lupus. Le pilier postérieur droit lui-même est rouge, infiltré et

superficiellement ulcéré. Enfin l'amygdale pharyngienne montre en son centre une ulcération irrégulière assez étendue, à bords légèrement infiltrés, à fond recouvert d'exsudat muco-purulent. Fosses nasales et larynx intacts. Aucune cicatrice muqueuse, ni cutanée.

J'avoue qu'en présence de ce tableau clinique, ma première impression fut défavorable au diagnostic précédemment posé : la rapidité d'évolution des lésions, la forme des ulcérations palatines, la réaction assez vive de la muqueuse à leur pourtour, l'intégrité relative de l'état général me faisaient incliner en faveur d'une tare spécifique : hypothèse que rien dans les antécédents n'autorisait du reste.

Aussi, malgré la constatation d'une certaine rudesse inspiratoire sous la clavicule gauche, n'hésitai-je pas, pressé par la marche rapide des accidents, à instituer de suite le traitement mixte « per os », sans formuler toutefois de diagnostic définitif. En outre, je prescrivis un collutoire iodé.

Après huit jours de ce traitement, la déglutition était déjà plus aisée, bien que peu de modifications objectives fussent constatables, en dehors d'une rougeur moindre des bords ulcéreux et d'une atténuation de l'infiltration générale du voile. Quinze jours après, la perforation palatine médiane montre un commencement de tendance à la cicatrisation : un petit prolongement antérieur en forme de rhagade est à demi comblé.

La tuméfaction de la gouttière pharyngienne gauche a beaucoup régressé. Les ulcères se détergent ; la rougeur ambiante a disparu et avec elle la dysphagie. La malade se déclare très soulagée et s'alimente presque normalement.

A la fin de Mars, tous les ulcères sont en voie de réparation au niveau de leurs bords : la perforation palatine communique encore avec les deux fosses nasales. Un bourgeon pris sur l'ulcération de l'arc palatin au voisinage de la luette et étudié histologiquement montre une prolifération épithéliale considérable, une infiltration

embryonnaire du chorion et quelques cellules géantes. Le traitement spécifique est suspendu et les applications locales seules continuées (acide lactique et glycérine iodée alternativement) : ce qui a pour effet de ramener un peu de rougeur et de sensibilité. Spontanément la malade revient à la potion dépurative.

Le 14 Avril, la perforation palatine est à demi comblée ; les ulcères du voile perdent leur aspect inflammatoire et, tout en conservant leur irrégularité d'aspect, se recouvrent d'épithélium.

Le 4 Mai, les perforations de la base de la luette et du voile sont cicatrisées, mais non refermées : la muqueuse a repris autour d'elles ses caractères normaux. L'échancrure de l'arc palatin pâlit et quelques brides nacrées transversales apparaissent. Même aspect sur le dos du voile, sauf au voisinage de l'orifice tubaire gauche où paraissent encore quelques végétations roses et saignantes. Du côté de l'amygdale pharyngée, l'enduit muco-purulent a disparu et l'ulcère se couvre de bourgeons de bonne nature.

A la fin de Mai, la réparation était à peu près complète : la perforation de la voûte, comblée, ne laissait qu'un sillon imperméable au stylet. L'épidermisation du voile était complète avec de fines bandes nacrées, cicatricielles, courant sur son bord libre et sur sa face dorsale.

La guérison totale, que j'ai vérifiée depuis, est due manifestement, dans ce cas, à l'emploi du remède interne. La malade, qui a considérablement engraissé, a pu reprendre ses fonctions d'institutrice sans plus éprouver aucune gêne autre qu'un léger degré de rhinolalie, dû à la persistance d'une petite fistule du voile. L'examen histologique et l'étude clinique témoignent nettement en faveur de la nature bacillaire des lésions.

OBSERVATION XVII.

(La Province Médicale, n° 20, 19 Mai 1906).

M. P., bouchère, 38 ans, d'excellente santé générale, dont je soigne la fillette pour des accidents adénoïdiens, me prie, en Avril 1905, de jeter un coup d'œil sur sa gorge, qui l'inquiète depuis quelques jours.

Elle éprouvait quelque gêne en mangeant depuis près d'un mois, mais, il y a 4 jours, a apparu au fond de sa bouche une plaie qui s'agrandit rapidement et par où les aliments pénètrent dans le nez.

A la base de la luette, en plein voile, une perte de substance de forme ovalaire, à grand axe transversal de 12 millimètres environ, traverse toute l'épaisseur de l'organe. Ses bords sont nets, réguliers, taillés droit, sauf dans la partie antérieure, où la muqueuse seule est détruite sur une surface triangulaire à sommet dirigé en avant. Dans une zone de plus de 1 centimètre autour de la perforation, la muqueuse, rouge vermillon, offre les signes d'une vive réaction. La luette, un peu œdémateuse, n'est rattachée à l'ensemble du voile que par deux petits cordons membraneux qui menacent de se rompre. A la face dorsale du voile l'abcès s'épanouit en un tapis granuleux s'étendant d'une trompe à l'autre. D'ailleurs aucun antécédent syphilitique appréciable. En revanche, la malade présente les attributs d'un lymphatisme florissant.

Le traitement spécifique mixte est institué immédiatement et fournit comme premier résultat, au bout de huit jours, un arrêt dans la progression des lésions avec soulagement subjectif. Puis l'ulcère dorsal se déterge et la perforation diminue légèrement de diamètre. Ce progrès accompli, le traitement spécifique semble avoir épuisé son activité ; la rougeur réactionnelle et la sensibilité ont cédé. Mais l'ulcère pâli prend les caractères d'une lésion scrofuleuse en voie de réparation.

Désormais, la cicatrisation progressera lentement et nécessitera

des écouvillonnages répétés à l'acide lactique et l'application des pointes galvanocaustiques, pour aboutir, après neuf semaines d'un traitement régulier, à une cicatrisation définitive. La perforation palatine persiste, réduite de trois quarts, et n'apporte de gêne ni à l'élocution, ni à la déglutition.

Le mode de réaction de l'ulcération vélo-palatine dans cette dernière observation pourrait évidemment s'expliquer par une combinaison syphilo-tuberculeuse, et c'est l'hypothèse que j'avais cru devoir admettre dans quelques cas analogues observés dans mon service hospitalier. Dans tous ces cas, toutefois, le terrain était manifestement entaché de scrofulose et l'hypothèse de syphilis n'était étayée sur rien en dehors de certains caractères extérieurs de la lésion et de son amélioration par la cure iodo-hydrargyrique.

OBSERVATION XVIII

(*La Province Médicale*, n° 20, 19 mai 1906).

Ulcères bacillaires multiples de l'isthme du gosier infructueusement traités par les moyens locaux et guéris par l'iodure.

Louise S..., 27 ans, domestique, m'est adressée en décembre dernier par un collègue pour des accidents pharyngiens tenaces et douloureux, qu'un médecin précédemment consulté a considérés comme de nature probablement syphilitique. Le début de l'affection remonte à trois ou quatre mois : simple gêne au début incitant au râclement, puis dysphagie légère, en progression aujourd'hui assez prononcée.

Les accidents auraient apparu à l'occasion d'une angine d'ail-

leurs assez légère, mais accompagnée d'une adénopathie dont persistent encore quelques traces.

Les antécédents sont assez chargés au point de vue bacillaire : la mère et deux frères sont morts de la poitrine. La malade elle-même a toujours été délicate ; à quinze ans, elle eut une crise d'anémie, qui nécessita le séjour dans une cure d'air. Il y a cinq ans, elle fait une bronchite, qui dura plusieurs mois, et une laryngite, il y a deux ans.

Actuellement, les deux amygdales palatines sont le siège d'altérations importantes : la gauche est en grande partie détruite par une ulcération allongée verticalement et empiétant sur le pilier postérieur, qu'elle sectionne transversalement près de son attache supérieure. Le fond en est jaunâtre, assez lisse, piqueté de rouge, un peu chagriné au niveau du tissu amygdalien, découvrant au niveau du pilier postérieur les fibres parallèles du faisceau musculaire sous-jacent. Les bords sont végétants sur l'amygdale même dont les vestiges affectent la forme de lambeaux polypoïdes pâles; sur le voile les bords de l'ulcère sont coupés et plats.

Mêmes lésions à droite, où le pilier postérieur existe encore, mais rougi, tuméfié, échancré en bas, ulcéré en haut et traversé par un trajet unissant ces deux ulcérations. La perte de substance de l'amygdale est moins étendue.

Sur la paroi pharyngienne postérieure, en arrière du pilier droit, on constate une profonde rhagade verticale à bords infiltrés et rouges.

L'amygdale pharyngienne et l'amygdale linguale sont intactes ; intégrité également de l'épiglotte et du vestibule laryngé.

A l'auscultation : rudesse inspiratoire avec quelques craquements au sommet droit.

J'institue le traitement local sous forme de galvano-puncture des bords des ulcérations répétée de huit en huit jours, avec écouvillonnage quotidien des surfaces malades avec la teinture

d'iode et l'acide lactique, traitement général tonique, repos vocal, aération.

Malgré tout mon désir d'améliorer l'état de la malade qui m'est vivement recommandée, mon intervention se montre inefficace et j'ai le regret de voir les lésions s'étendre du côté droit en même temps que prédominent de ce côté, relativement ménagé jusque là, la dysphagie et l'otalgie.

C'est alors qu'instruit par l'expérience de l'heureuse influence exercée par le traitement spécifique mixte sur des accidents bucco-pharyngés ultérieurement caractérisés comme bacillaires, je prescris l'ingestion quotidienne de 2 grammes d'iodure de potassium et réduis les soins locaux à de simples attouchements quotidiens à la glycérine iodée. Cette médication nouvelle est instituée le 12 janvier 1906 et continuée jusqu'au 21.

Le 24 janvier déjà l'aspect des lésions s'est heureusement modifié dans son ensemble, et la malade accuse un soulagement notable. A gauche, un vernis épithélial opalin succède sur l'ulcère à l'enduit nécrotique initial. A droite, le pilier postérieur est moins gros et moins rouge, les ulcérations dont il est le siège se détergent et semblent diminuer. Même aspect d'une échancrure constatée depuis peu sur le dos du voile au voisinage de la luette.

Le traitement ioduré est suspendu jusqu'au 27 janvier, repris du 27 au 5 février, puis de nouveau suspendu huit jours et repris trois semaines.

Le 7 février, un tractus blanchâtre, d'aspect cicatriciel, se dessine sur le bord libre du pilier postérieur gauche, détruit par l'ulcération. L'ulcère du dos du voile se répare plus lentement et présente encore de petites saillies papillaires saignantes. Les amygdales se détergent et commencent à s'épidermiser. Relèvement sensible de l'état général.

Le 7 mars, six semaines après le début de la médication iodurée, tout est cicatrisé : les amygdales en grande partie détruites, gar-

dent un aspect déchiqueté, nodulaire, pâle. La fissure pharyngienne a disparu sans laisser de cicatrice appréciable, ni d'adhérences au voile. Le pilier postérieur gauche est revêtu dans ses trois quarts inférieurs d'une lamelle superficielle nacrée ; le droit a repris sa coloration normale et ne montre que deux légères encoches au niveau des points ulcérés. Sur le dos du voile et sur la luette, une petite surface bosselée et parcourue par quelques tractus fibreux, atteste l'existence d'une perte de substance aujourd'hui cicatrisée.

Tout traitement est supprimé et la malade est invitée à se représenter dans quelques semaines à titre de surveillance.

OBSERVATION XIX

(*La Province médicale*, nº 20, 19 mai 1906)

Ulcères bacillaires chroniques multiples de la langue, du voile, des amygdales et de l'épiglotte. Guérison rapide et complète par l'iodure.

Marie K..., 44 ans, brodeuse, se présente à la consultation de mon service le 8 janvier 1906, pour une dysphagie à début insidieux remontant à plusieurs mois et à marche progressive, actuellement très pénible.

Les antécédents héréditaires seraient bons.

Le passé de la malade est au contraire marqué d'accidents diathésiques : conjonctivite phlycténulaire dans l'enfance, abcès costal, il y a dix ans, qui aurait duré sept semaines.

L'affection actuelle daterait bien d'une année; toutefois, elle ne serait devenue douloureuse que depuis trois mois : des irradiations douloureuses existeraient depuis cette époque, partant de la gorge et gagnant les oreilles et la racine du cou. La déglutition est pénible, sauf pour les liquides et les panades, avec reflux partiel des aliments par le nez. Nasonnement léger.

L'état général est notablement altéré : la malade est amaigrie, faible, déprimée. Transpiration nocturne, fièvre vespérale. Tousserait peu, n'expectorerait pas ; mais saliverait abondamment. L'appétit est conservé.

Localement, on remarque à la voûte de la bouche une rougeur diffuse, plus accusée vers le centre où elle revêt la forme du piqueté sur une surface égale à celle d'une pièce de 2 francs ; dans cette région, quelques élevures blanchâtres comparables à des vésicules d'herpès sur le point de se rompre. Sur le voile on découvre plusieurs petites rhagades en coups d'ongle, à bords décollés, sur fond normal ; ailleurs existent de petites pertes de substance à forme irrégulière, intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse, entourées d'une atmosphère rougeâtre.

La partie inférieure du voile est très altérée. La luette est déjetée à droite par des adhérences au pilier postérieur correspondant soudé lui-même à la paroi pharyngienne.

L'arc palatin gauche est échancré.

Le pilier postérieur gauche, adhérent lui aussi à la paroi pharyngienne délimite avec son congénère un orifice admettant le petit doigt.

L'amygdale droite est remplacée par une membrane cicatricielle blanchâtre ; la gauche, encore rouge et tuméfiée, fait corps avec les piliers et adhère à la langue par son pôle inférieur.

La langue elle-même présente sur sa face supérieure tout près de son bord droit au niveau des dernières molaires, une ulcération en forme de fissure profonde, transversalement dirigée, longue de 1 centimètre environ, profonde de 5 à 6 millimètres. Les bords en sont rouges, saillants, hypertrophiques ; l'attouchement est douloureux.

Plus bas on constate sur l'amygdale linguale droite, à la hauteur du bord libre de l'épiglotte, saine pour sa part, un ulcère à bords épaissis, évasés, à fond saignant tapissé d'enduit jaunâtre, du diamètre d'une pièce de 20 centimes. En haut du côté du rhi-

no-pharynx, l'amygdale de Luschka se montre dans sa partie droite recouverte d'un enduit purulent concret dissimulant vraisemblablement un ulcère de même nature.

La face dorsale du voile semble indemne.

Le larynx n'est pas altéré.

Dans la fosse nasale droite, la tête du cornet inférieur adhère à la cloison par une large synéchie. Symétriquement du côté gauche, bourgeons lupiques hypertrophiques du cornet, du plancher et de la cloison.

Etat cicatriciel du pourtour des narines, avec ectasies variqueuses.

Altération scléreuse des tympans prédominant à droite.

A l'auscultation : induration manifeste du sommet droit.

En somme, tuberculose ancienne à manifestations surtout cutanéo-muqueuses, actuellement en voie d'aggravation sérieuse avec foyers multiples naso-bucco-pharyngés et déchéance de l'état général.

Vu la multiplicité et l'étendue des lésions, j'estime contre-indiqués les modificateurs locaux énergiques et, bornant l'action topique à des gargarismes calmants, je prescris l'iodure à l'intérieur à la dose quotidienne de 2 grammes.

Le 17 janvier, après huit jours de traitement, l'aspect général des lésions, s'est sensiblement modifié. La rougeur du voile et de la voûte a presque disparu et la malade accuse un soulagement appréciable. L'ulcère lingual est déjà à demi-comblé, les bords tuméfiés s'affaissent. Toutefois, la toux a un peu augmenté accompagnée de quelques crachats hémoptoïques. L'iodure est continué à doses plus faibles.

Le 25 janvier, les ulcérations palatines se montrent très modifiées : le fond entièrement détergé se ressoude aux bords, qui reprennent la teinte normale. Sur le pilier postérieur gauche, où existait une ulcération assez sale, l'enduit a complètement disparu. L'ulcération linguale est comblée.

Au nez, il n'existe plus à gauche que quelques granulations rouges en voie de régression sur la partie antéro-inférieure de la cloison.

Eruption iodique du visage. L'iodure est suspendu pendant 8 jours.

Le 9 février, un mois après l'entrée de la malade au service, toutes les ulcérations sont cicatrisées. Au niveau de la voûte palatine, de petites dépressions d'aspect cicatriciel, entourées de petites ectasies vasculaires marquent l'emplacement des ulcères au début. A la base de la luette et sur l'arc palatin gauche, de petites brides fibreuses superficielles strient transversalement la muqueuse réparée, mais amincie. L'ulcération du pilier gauche est indiquée par une échancrure à fond blanchâtre uni. Le fond de la loge amygdalienne est également tapissé d'une membrane nacrée demi-translucide. De l'ulcère lingual ne persiste qu'un épaississement de la muqueuse avec cicatrice linéaire. Les amygdales linguales et pharyngiennes détergées ne montrent plus aucune ulcération. Bref, il ne persiste plus des multiples altérations primitivement constatées qu'une rougeur un peu insolite de l'isthme du gosier.

Sans avoir progressé parallélement à l'état des muqueuses bucco-pharyngées, la santé générale s'est très notablement améliorée. Grâce à un appétit satisfaisant que n'entrave plus la moindre dysphagie... la malade a regagné des forces et du poids et a pu reprendre ses occupations antérieures.

OBSERVATION XX

(*La Province médicale*, n° 20, 19 mai 1906)

Lupus du larynx rebelle au traitement local pendant quatorze mois, très rapidement amélioré par l'iodure à l'intérieur.

Anna P., 47 ans, est en traitement à la clinique de laryngo-

logie pour lupus de l'épiglotte et du vestibule du larynx depuis novembre 1904.

C'est une femme pâle, amaigrie, se nourrissant mal du fait de son affection de gorge et toussant depuis longtemps. Le voile du palais d'un jaune cireux dans l'ensemble avec un liseré violacé au niveau du bord libre, ne présente, non plus que les amygdales palatines, d'altérations anatomiques actuelles, ni traces notables de lésions antérieures guéries. En revanche, le miroir montre l'épiglotte très épaissie, rougie, couverte de nodosités séparées par des fissures suppurantes. Le côté gauche surtout est affecté : on y remarque une ulcération large à bords irrégulièrement végétants qui se prolonge sur le repli pharyngo-épiglottique et gagne la gouttière latérale du pharynx, où elle se perd parmi des épaississements noueux de la muqueuse. La paroi postérieure du larynx, ainsi que le repli ary-épiglottique sont grisâtres chagrinés, symétriquement infiltrés et ne laissent que difficilement apercevoir les cordes vocales. La voix est couverte, presque aphone. Une parcelle du tissu altéré de l'épiglotte est prélevée et soumise au microscope : il s'agit de tuberculose végétante.

L'exploration thoracique révèle pour sa part des signes non douteux d'infiltration des sommets.

Pendant tout le cours de l'année 1905, nous pratiquons le traitement chirurgical classique : curettages, cautérisations galvaniques, écouvillonnages à l'acide lactique et à la glycérine iodée, sans préjudice des moyens hygiéniques et diététiques. Grâce à des interventions réitérées, l'affection semble régresser un peu sur l'épiglotte, mais elle progresse nettement au niveau de la région aryténoïdienne et de l'endolarynx. En outre de petits ulcères ont apparu sur le voile à la base de la luette, aggravant la dysphagie.

Les choses en étaient là, quand fatigué de l'inefficacité des moyens topiques et encouragé d'autre part par les résultats si favorables obtenus chez d'autres malades souffrant de tuberculose

chronique de la gorge, je fis cesser le 25 janvier 1906, toute intervention locale et prescrivis simplement l'iodure en potion à la dose quotidienne de 2 grammes.

Le 2 février, la malade trouve déjà de l'amélioration. Elle ne ressent plus autant de picotements à la gorge. La voix ne revient pas encore ; mais les petites ulcérations vélo-palatines se modifient et tendent à se combler. L'amygdale gauche douloureuse depuis quelque temps, a perdu sa sensibilité à la déglutition. L'épiglotte est toujours bourgeonnante, mais il n'apparait plus de régions ulcérées.

Le 8 février, les ulcères palatins commencent à se couvrir de petits tractus blanchâtres ; leurs bords se fondent avec leur cavité à peu près comblée. La dysphonie s'est avantageusement modifiée. La malade est heureuse de pouvoir parler ; entre les replis ary-épiglottiques, dont l'infiltration a notablement diminué, on aperçoit maintenant les cordes encore épaissies et rouges, mais normalement mobiles et non ulcérées.

L'ulcère du pli pharyngo-épiglottique persiste encore.

Au début de mars, cette dernière lésion avait fait place à des brides cicatricielles unissant le bord de l'épiglotte et la région avoisinante de la base à la paroi pharyngienne.

La malade mange mieux et a regagné du poids.

Bien qu'encore actuellement en traitement, je crois pouvoir la considérer à présent comme assurée à brève échéance d'une complète guérison. La malade revue est actuellement entièrement guérie.

Les 20 observations sur lesquelles nous nous sommes basée pour édifier cette thèse, sont pour la plupart inédites : seules, les 5 dernières ont été empruntées à la *Province Médicale* où M. le Professeur Jacques les a publiées dans son article : « Traitement des scrofulides ulcéreuses bucco-pharyngées », les autres ont été

recueillies par nous à la clinique d'oto-rhino-laryngologie. Dans chacun de ces cas, le diagnostic a été tiré d'un faisceau de signes qui, envisagés isolément, ne semblent pas pathognomoniques, mais dont l'ensemble permet cependant de conclure à la nature tuberculeuse des lésions décrites. Nous savons bien que l'imprégnation de l'organisme par le bacille de Koch n'immunise pas contre les atteintes du Tréponême pâle, et qu'un tuberculeux peut faire une évolution syphilitique, plus ou moins grave, que d'autre part un syphilitique, héréditaire ou accidentel peut devenir bacillaire ; aussi pourra-t-on nous objecter que nos malades ont pu être, à leur insu et au nôtre, entachés de syphilis, que leurs ulcérations bucco-pharyngées n'en étaient qu'une manifestation, et qu'ainsi s'explique l'action curatrice du traitement ioduré. Sans doute, la syphilis est une maladie à manifestations essentiellement polymorphes, qui peut revêtir les aspects les plus variés, notamment au niveau de la muqueuse buccale ; aussi, nous comprenons qu'après avoir été souvent surpris par l'ignorance ou la mauvaise foi des malades, on soit disposé à soupçonner la syphilis en présence d'ulcères bucco-pharyngés plus ou moins douteux, mais nous ne croyons pas que chaque fois qu'il y a hésitation, ce soit toujours la syphilis qui doive en bénéficier, comme certains le voudraient.

Examinés isolément et abstraction faite de tous les autres, chacun des signes qu'ont présentés nos malades, pourra recevoir une interprétation différente suivant l'opinion préconçue du critique. La présence des cellules géantes décelée par l'examen

histologique, ne sera pas plus probante pour un esprit prévenu que la présence du bacille de Koch à la surface de l'ulcère, puisque les premières ont été constatées dans la syphilis, et que les éléments microbiens ont pu être amenés dans la cavité buccale, soit de l'appareil pulmonaire, ce qui est le cas le plus fréquent, soit même de l'extérieur.

Aussi avons-nous eu soin de nous appuyer sur tout un ensemble de signes dont le groupement permît de tracer un tableau clinique assez sûr pour affirmer notre diagnostic : à propos de chacun de nos malades, nous avons considéré non seulement les antécédents héréditaires ou personnels, l'aspect même des lésions, mais encore leur évolution, leur mode de réparation, la présence de cicatrices multiples dans leur voisinage ; souvent nous avons confirmé notre opinion en nous basant sur la présence d'un lupus du nez ou des muqueuses voisines, plusieurs fois sur la présence du bacille de Koch ou du follicule de Kœster dans les coupes d'un lambeau de muqueuse malade prélevée ; enfin, sur l'absence de commémoratifs spécifiques et sur l'échec du traitement mercuriel.

L'influence curatrice du traitement ioduré ne saurait non plus servir d'argument pour affirmer la nature fracastorienne des lésions, à une époque où l'on considère le mercure comme le médicament vraiment spécifique de la syphilis. C'est lui qui fait la base de toute la thérapeutique dirigée contre la maladie, et même à la période tertiaire, tous les syphiligraphes s'accordent à le prescrire ; bon nombre le recomman-

dent à l'exclusion du traitement ioduré ; d'autres, partisans du traitement mixte, l'associent à l'iode employé à titre de résolutif des lésions gommeuses. Sans vouloir prendre position dans ce débat, nous nous contenterons d'objecter que, même dans les cas considérés comme bacillaires où le traitement mixte donne de bons résultats, ceux-ci peuvent être attribués à l'iode ingéré et agissant en quelque sorte comme un topique permanent, à la fois antiseptique et cicatrisant.

CONCLUSIONS

Contrairement aux assertions des anciens auteurs, la tuberculose ulcéreuse vélo-palatine est plus fréquente qu'on ne l'avait cru jusqu'ici. Les perforations du voile d'origine bacillaire ne sont pas aussi exceptionnelles qu'on pourrait le supposer.

Les symptômes fonctionnels qu'entraînent ces lésions peuvent être très accusés ou bien peu marqués, surtout dans les formes lupiques ; leurs caractères objectifs pris isolément ne sont pas toujours pathognomoniques, mais leur ensemble peut suffire pour permettre de porter un diagnostic certain.

Le diagnostic le plus délicat sera à faire avec les lésions de nature syphilitique. L'étude clinique nous apprend qu'il devra se déduire d'un faisceau de signes qui sont les suivants : la multiplicité et l'irrégularité des pertes de substance, l'évolution anatomique des lésions, la durée et le mode de réparation, la constatation de lésions guéries au voisinage de foyers en évolution, la recherche des antécédents tuberculeux

héréditaires et personnels, l'absence de commémoratifs spécifiques et l'insuccès du traitement mercuriel.

La bactériologie pourra nous fournir un signe pathognomonique par la constatation du bacille de Koch dans les tissus malades. Malheureusement il est souvent très difficile de l'y déceler.

Les lésions tuberculeuses de la muqueuse vélo-palatine comportent en général un pronostic relativement favorable *quoad vitam*, à la condition que l'appareil pulmonaire soit sain ou peu lésé. Quant au pronostic fonctionnel, il est subordonné à l'étendue et à la profondeur des lésions.

Mais ces résultats, en somme excellents, que nous avons observés et que nous relatons dans nos observations, nécessitent l'emploi d'un traitement interne par l'iodure de potassium. Ce dernier éliminé par les glandes salivaires réalise pour ainsi dire un bain antiseptique permanent pour les lésions buccales.

Vu :
Nancy, le 19 Juin 1909.
Le Président de Thèse,
GROSS.

Vu :
Nancy, le 19 Juin 1909.
Le Doyen,
GROSS.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 23 Juin 1909.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Correspondant de l'Institut

ADDENDUM

La remarquable efficacité de l'iode à dose élevée contre les manifestations chroniques de la tuberculose au niveau de la cavité bucco-pharyngée, a paru si merveilleuse à certains esprits prévenus, qu'ils ont préféré plutôt que de se rendre à l'évidence des faits, supposer entachés d'une erreur fondamentale de diagnostic, tous les cas publiés par M. le professeur agrégé Jacques et Grünberg. C'est le cas de MM. Nicolas et Favres, de Lyon (*Province Médicale*, n° 50, 1907). Ces auteurs faisant état de la présence éventuelle dans les lésions syphilitiques tertiaires de cellules géantes, ainsi que du groupement histologique connu sous le nom de follicule de Kœster, en prennent texte pour révoquer en doute, que dis-je, pour taxer d'erronés tous les faits de tuberculose bucco-pharyngée dans lesquels l'examen biopsique a permis d'établir l'existence du follicule dit tuberculeux.

Grâce à cette affirmation aussi tranchante que gratuite, la spécificité fameuse de la cure hydrargyrique est sauvée ; toute ulcération de gorge qui guérit par le traitement mixte, est nécessairement une plaie syphilitique: un seul axiome domine toute la pathologie, sacré et intangible : *naturam morborum curationes ostendunt.*

Sans nous attarder à montrer ce que cette conception a de peu critique, qu'il nous suffise de faire remarquer à nos contradicteurs que, pour notre part du moins, dans nos nombreuses observations, les résultats de l'examen histologique n'ont été jamais enregistrés que comme un indice accessoire et jamais comme un signe pathognomonique.

Nous n'ignorons pas, en effet, que l'association des cellules géantes aux éléments épithélioïdes n'implique nullement, d'une façon nécessaire, l'intervention du bacille tuberculeux. Pareille production s'observe, en dehors de la syphilis, dans nombre d'inflammations chroniques, et les polypes d'oreille simples, en particulier, en offrent de fréquents exemples. Constamment, notre diagnostic s'est fondé sur un ensemble de signes concordants en faveur de la tuberculose et plusieurs fois sur la constatation directe du bacille tuberculeux dans les tissus altérés.

Resterait à démontrer que nos tuberculeux avérés peuvent être simultanément entachés d'infection syphilitique et que la cure de terrain dirigée contre la diathèse fracastorienne, peut exercer une action assez décisive pour permettre à la nature de cicatriser des ulcères tuberculeux, jusque là réfractaires aux traitements locaux.

C'est là, assurément, une hypothèse acceptable, mais on nous accordera qu'elle comporte pas mal d'invraisemblances, et qu'elle exige pour être admise, une grande bonne volonté.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abadier. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur la scrofule et les syphilides. Communication à la Soc. de Médec. de Paris (Union Médical, 1883).

Arloing. — (Revue de Méd., 1883).

Arnal. — Ulcérations chroniques du pharynx d'origine scrofuleuse (Journal hebdomadaire, 2e série, 1832).

Augagneur. — Etude sur la syphilis héréditaire tardive (Thèse de Lyon, 1879).

— Valeur du traitement d'épreuve dans les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques (Soc. chirurgicale, Lyon, 1898).

Auguy. — De la tuberculose linguale (Thèse de Paris, 1896).

Barbier. — (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.. p. 63, 20 janv. 1899).

Barth. — De la tuberculose de la gorge et de l'angine tuberculeuse (Thèse de Paris, 1880).

Barwelle. — (Revue hebdom. de laryng., p. 349, n° 12, 1906).

Baudet. — Du mal perforant buccal (Thèse de Paris, 1898).

Bazin. — Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule, 1861. Paris.

Beausoleil. — (Revue hebd. de laryng., 1893).

Beringier, Lefferts — (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, p. 172, 224, juillet, 1878).

Bernheim (S.). -- (Rapports du XIIIe Congrès Internat. de Méd., 13. 1900, Paris).

Besnier (Er.). — Des gommes scrofuleuses (Ann. de Dermatologie et de syphiligr., p. 257, mai 1883).

Bobone. — Tuberculose du palais (Bull. mal. dell orecchio, pala e de naso, XIII, 4, 1893).

— (Archives ital. di otol. e rinol., vol. XVII, p. 161, 22 déc., 1905. In revue générale, p. 408, t. 2, 1906).

Brœckært. — Nouvelle contribution à l'étude des perforat. acquises et congénitales (Pressè oto-laryng., n° 9, 1902. In revue générale, p. 198, 1903).

Brindel. — (Gaz. hebd des Sciences méd. de Bordeaux, p. 113, 1896).

— (Journ. de méd. de Bordeaux, 1900 ; in Revue hebd. de laryng., p. 64, t. 1, 1901).

Bruneau. — Ulcérations tubercul. de la bouche (Thèse de Paris, 1887).

Chiari (Ot.). — Krankheiten des Rachens, 1903).

Clauda. — Ulcération du voile à forme perforante (Archives intern. de laryng,, t. 1, 1902).

Clutton. — (The Lancet, p. 639, 3 avril 1886).

Collin. — (The Lancet, 5 janv. 1901).

Delavan (Bryson). — Ueber Mundtub. (Centralb. f. laryng., p. 150, t. III, 1887).

Desloups. — De la tuberculose de l'arrière-bouche (Thèse de Paris, 1879).

Dieulafoy. — Communication sur la tuberculose larvée des amygdales (Académie de Méd., 30 avril 1895).
— Cliniques de l'Hôtel-Dieu, IVe leçon, 1898-1899.
— Manuel de pathologie interne, vol. I., 1904 (14e édition).

Dj Castel. — Ulcérat. tub du voile du palais (Bull. de la Soc. Méd. des Hôp., p. 683, 1898).

Ducrot. — Tuberculose de la bouche. Sa forme curable (Thèse de Paris, 1879).

Dufay. — La tuberculose ulcéreuse chronique du pharynx (Thèse de Nancy, 1904).

Dujardin-Beaumetz. — (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp.. 22 déc. 1883).

Etiévant. — Tuberculose vélo-palatine (Quinzaine thérapeutique, juillet, 1906).

Finger. — La syphilis et les maladies vénériennes, 1895.

Flatau. — (Soc. de Laryng, de Berlin, 16 Nov. 1900. — In revue hebdom. de laryng., p. 253, 1901).

Fournier (A.). — Syphilis héréditaire tardive. Paris, 1886.
— Traité de la syphilis, t. II, 1906.

Fox (Clayton). — Un cas de tuberculose du voile du palais, du pharynx et de l'épiglotte (Revue hebdom. de Laryngol, p. 317, t. 2, 1906).

Gélade. — Ulcérations tubercul. bucco-pharyngées (Thèse de Paris, 1878.

Grant (Dundas). — (Revue hebdom. de laryngol., p. 393, t. 1, 1900).

Grocler. — Perforation tuberculeuse du palais (Thèse de Paris, 1900).

Grossard. — Perforat. tubercul. du voile du palais (Revue hebdom. de laryngol., p. 389, t. 2, 1899).

Gubler. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (Séméiologie de la bouche).

Hamilton — Ulcération chronique du pharynx d'origine scrofuleuse (Archives génér. de Méd., 1845).

Hermantier. — (Thèse de Paris, 1886).

Neymann. — Verhandl. aertz. Gesellsch. Berlin, Méd. Gesellsch. 13 mars, 1889 (Berl. Klin. Wochenschr., 1889).

— Handbuch. d. Rhinologie, etc. Wien, 1896, 1900.

Homolle. — Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngée (Thèse de Paris, 1875).

Horne (Jobson). — (Revue hebdom de laryngol., p. 261, t. 1, 1899).

Jacques. — Traitement des scrofulides ulcéreuses bucco-pharyngées (Province médicale, n° 20, 19 mai 1906).

— Communication au Congrès français de laryngol., Paris, mai, 1908.

— Verhandlungen des I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Kongresses, 1908.

Jaruntovski. — Tuberculose gingivale et palatine (Presse méd., p. 69, 1895).

Keller. — Tuberculose de la muqueuse du palais (Soc. Berlinoise de Dermat., 2 mai 1893).

Küsner. — Ueber prim. Tub. d. Gaumens (Deutsche Méd. Wochenschr., 1881).

Laboulbène. — De la tuberc. bucco-pharyng. (Gaz. des Hôp., 7 août, 1879).

Lachapelle. — Gommes hérédo-syphil. de la voûte et du voile du palais (Thèse de Paris, 1907).

Landouzy. — Associations morbides, syphilis et tuberculose. (Congrès pour l'étu e de la tuberculose, p. 185-187, t. 2, 1891).

Lefèvre. — La syphilis chez les scrofuleux (Thèse de Paris, 1881).

Leloir. — Traité théorique et pratique de la scrofulo-tuberculose, etc. Paris, 1892.

Lancereaux (E.). — Traité de la syphilis, p. 305, 1866, Paris.

Letulle. — Gomme scrofulo-tuberc. (Soc. Méd. des Hôp., 1884).

— Sporotrichose de la muqu. bucco-pharyng. (Presse méd., mars, 1908).

— Tuberculose du pharynx (Presse méd., juin, 1908).

Lévy (R.). — (Revue hebdom. de laryng., p. 1254, 1896).

Liaras. — Infection tuberc. par voie nasale (Thèse de Bordeaux, 1899).

Libermann. — (Bull. de la Soc. Méd. des Hôp., 1872).

Longin. — Les hybrides de syphil. et de lupus (Thèse de Paris, 1905).

Looten. — Des scrofulides des muqueuses (Thèse d'agrégat. Paris, 1878).

Mandl. — Maladies du larynx et du pharynx, 1872.

Mansion. — Syphilis et tuberculose (Thèse de Nancy, 1900).

Martel. — (Revue internationale des Sociétés Médicales, 1887, 31 mai).

Martin. — (Revist. barcelon. enferm. del. oido, etc., 1905, n° 1).

Mauriac (Charles). — Syphilis tertiaire et syph. héréditaire (Nouvelles leçons, etc., 1883).

Michelson. — Un cas de tuberculose palatine et linguale. Berliner Klinische Wochenschrift, 1890).

Morell-Mackenzie. — Maladies du larynx, du pharynx et de la trachée. Traduction par Moure et Bertin, 1882.

Moure. — Traité élémentaire et pratique des maladies de la gorge, du pharynx et du larynx, 1904.

— Diagnostic de la syphilis et de la phtisie laryngée (Thèse de Paris, 1879).

Nedopil. — Sur la tuberculose buccale (Archives de Langenbeck, 1876, t. XX).

Obraszoff. — Deux cas de tuberculose de la peau et de la voûte palatine (Vratch, 22, 1893).

Okuneff (V.). — (Archives internationales de rhinol., sept.-oct., 1907, p. 609).

Paul. — Scrofulides malignes (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux, 1872, t. IX, p. 233).

Pellizari. — De la présence des bacilles de Koch dans les gommes scrofuleuses (Ann. de Dermat. et de Syphiligr., 1884, p. 342).

Peter. — Leçons sur la tuberculose buccale (Gazette Médicale, 1880).

Pluder. — Aertzlich Verein Zu Hamburg, 25 mai 1897 (Berlin. Klin. Wochenschr., 33, 1897).

Pouchet. — L'iode et les iodiques, 1906.

Raoult et Brindel. — Des ulcérations de l'amygdale (Bull. et Mém. de la Soc. française de Laryng., etc., t. XVI, 1re partie, Paris, 1900).

Reclus. — (Gazette hebdom. de Méd. et de Chir., 1887, 28 octobre).

Renzi (de). — Tuberculose et Syph. pharyngo-laryngée (France Médicale, 1887).

Roth. — Un cas de tuberc. du voile du palais (Wiener Klinische Wochensch., 1889, p 75).

Schaefer. — (Thèse de Paris, 1899).

Scheferowitch. — De la tuberculose de la cav. buccale (Thèse d'Odessa, 1888).

Semon. — Ulcérat. tuberc. du voile du palais (London, lar. Soc., 9 octobre 1895).

Sergent (E.). — Evolution et trait. de la tuberculose chez les syphilitiques (Presse Médicale, 1908, octobre).
— Syphilis et tuberculose, Paris, 1907).

Sevestre. — Ulcér. tub. du palais et du larynx (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp., t. I, 3e série, 1884).

Smith (E.). — Five rare cases of tub. ulc. of the soft palate (Rev. hebd. de Laryng., I, 1899).

Spillmann (P.). — De la tuberculisation du tube digestif (Thèse d'agrégation de Paris, 1878).

Stieffel. — (Thèse de Nancy, 1884).

Talamon. — Tub. aiguë perf. du voile du palais (Presse Médic., 1893, p. 874).

Tardieu. — Ulcération chronique du pharynx, d'origine scrofuleuse (Bull. de la Soc. Anatomique, 1842).

Treitel. — Lupus primitif du voile du palais (Berliner Klinische Wochenschrift, 11 novembre, 1895).

Uchermann. — Tub. veli palati (Norsk. Magaz. Lœgevidensk. Christiania, 1884).

Vallin. — Société méd. des Hôp. de Paris, t. XIII, p. 168, 1876).

Valter (de Charlottenburg). — (Therapeutische Monatshefte, Berlin. 1895, p. 62-65).

Verneuil. — De l'adhérence du voile du palais à la paroi post. du pharynx... (Archives générales de Méd., 1865, p. 422, vol. II).

Villequez. — Tumeurs malignes du palais (Thèse de Paris, 1893).

Weil. — (Annales des maladies de l'oreille, 1901).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 5
CHAPITRE I. — Historique 11
CHAPITRE II. — Etiologie et Pathogénie 21
Causes prédisposantes 25
Causes déterminantes 25
Symptomatologie 29
Symptômes objectifs 29
Perforations tuberculeuses du palais osseux et du palais membraneux . 35
Symptômes subjectifs 38
CHAPITRE III. — Diagnostic 43
Diagnostic différentiel avec la syphilis . 47
Association de la syphilis et de la tuberculose 58
Hérédo-syphilis tardive 63
Diagnostic différentiel avec les ulcérations et les perforations d'une autre nature 64
CHAPITRE IV. — Pronostic 73
CHAPITRE V. — Traitement 77
Observations 85
CONCLUSIONS 151
ADDENDUM 153
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 155
Planches 93, 101, 121

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY